FACULDADE DE MEDICINA E DE PHARMACIA DO RIO DE JANEIRO

THESE

DO

Dr. João Egydio de Carvalho

RIO DE JANEIRO
Typ. da Papelaria Ribeiro, rua da Quitanda 79-b.
1896

DISSERTAÇÃO

CADEIRA DE

CLINICA CIRURGICA

Considerações sobre a laparotomia

PROPOSIÇÕES

Tres sobre cada uma das cadeiras da Faculdade

THESE

APRESENTADA A

Faculdade de Medicina e de Pharmacia do Rio de Janeiro

Em 28 de Outubro de 1895

E sustentada a 2 de Janeiro de 1896

PELO

Dr. João Egydio de Carvalho

Natural da Capital do Estado de S. Paulo

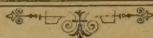
Filho legitimo de Francisco d'Assis Carvalho e D. Joanna Alexandrina de Carvalho.

Sendo approvada plenamente

RIO DE JANEIRO

Typ. da Papelaria Ribeiro, r. da Quitanda, 79-b

1896

Faculdade de Medicina e Pharmacia do Rio de Janeiro

DIRECTOR — Dr. Albino Rodrigues de Alvarenga.
VICE-DIRECTOR — Dr. Francisco de Castro.
SECRETARIO — Dr. Antonio de Mello Muniz Maia.

LENTES CATHEDRATICOS

Drs.	
João Martins Teixeira....................	Physica medica.
Augusto Ferreira dos Santos.............	Chimica inorganica medica.
João Joaquim Pizarro....................	Botanica e zoologia medicas.
Ernesto de Freitas Crissiuma............	Anatomia descriptiva.
Eduardo Chapot Prevost.................	Histologia theorica e pratica.
....	Chimica organica e biologica.
João Paulo de Carvalho.................	Physiologia theorica e experimental.
Antonio Maria Teixeira..................	Materia medica, Pharmacologia e arte de formular.
Pedro Severiano de Magalhães...........	Pathologia cirurgica.
Henrique Ladisláu de Souza Lopes.......	Chimica analytica e toxicologia.
Augusto Brant Paes Leme...............	Anatomia medico-cirurgica e comparada.
Marcos Bezerra Cavalcanti	Operações e apparelhos.
Antonio Augusto de Azevedo Sodré......	Pathologia medica.
Cypriano de Souza Freitas..............	Anatomia e physiologia pathologicas.
Albino Rodrigues de Alvarenga..........	Therapeutica.
Luiz da Cunha Feijó Junior.............	Obstetricia.
Agostinho José de Souza Lima...........	Medicina legal.
Benjamin Antonio da Rocha Faria........	Hygiene e mesologia.
Carlos Rodrigues de Vasconcellos........	Pathologia geral e historia da medicina.
João da Costa Lima e Castro............	Clinica cirurgica — 2ª cadeira.
João Pizarro Gabizo.....................	Clinica dermatologica e syphiligraphica.
Francisco de Castro.....................	Clinica propedeutica.
Oscar Adolpho de Bulhões Ribeiro.......	Clinica cirurgica — 1ª cadeira.
Erico Marinho da Gama Coelho..........	Clinica obstetrica e gyneco ogica.
....	Clinica ophthalmologica.
José Benicio de Abreu..................	Clinica medica — 2ª cadeira.
João Carlos Teixeira Brandão............	Clinica psychiatrica e de molestias nervosas.
Candido Barata Ribeiro..................	Clinica pediatrica.
Nuno de Andrade........................	Clinica medica — 1ª cadeira.

LENTES SUBSTITUTOS

	Drs.
1ª secção..............................	....
2ª »	....
3ª »	Genuino Marques Mancebo e Luiz Antonio da Silva Santos.
4ª »	Philogonio Lopes Utinguassú e Luiz Ribeiro de Souza Fontes.
5ª »	Ernesto do Nascimento Silva.
6ª »	Domingos de Góes e Vasconcellos e Francisco de Paula Valladares.
7ª »	Bernardo Alves Pereira.
8ª »	Augusto de Souza Brandão.
9ª »	Francisco Simões Corrêa.
10ª »	Joaquim Xavier Pereira da Cunha.
11ª »	Luiz da Costa Chaves Faria.
12ª »	Marcio Filaphiano Nery.

N. B. — A Faculdade não approva nem reprova as opiniões emittidas nas theses que lhe são apresentadas.

A MEMORIA DE MEU PAE

Francisco d'Assis Carvalho

Respeito.

A memoria de meu irmão

Francisco d'Assis Carvalho

Saudade chorosa.

A minha extremosa Mãe

« Hélas ! si du sein de ma mère.
« Un méchant venait me ravir.
« Je le sens bien, dans sa misère.
« Elle n'aurait plus q-ua mourir. »

(BERQUIM).

E' invejavel a grandeza d'alma e de amor com que foste dotada para com teus filhos !...

Somente quem poude comprehender o sacrificio ingente de teu coração, que sempre dedicou-lhes o mais extremado affecto, é que poderá avaliar o quanto é infimo o laurel que possa merecer este trabalho, offerecido pelo teu

JOÃOSINHO.

A MINHA IRMÃ

Alguma parte tambem te cabe na partilha dos fracos louros que pode offerecer-te o teu

Irmão affectuoso.

A MEU CUNHADO

AUGUSTO DA SILVEIRA FRANCO

Amisade sincera e fraternal affecto.

Meis et amicis

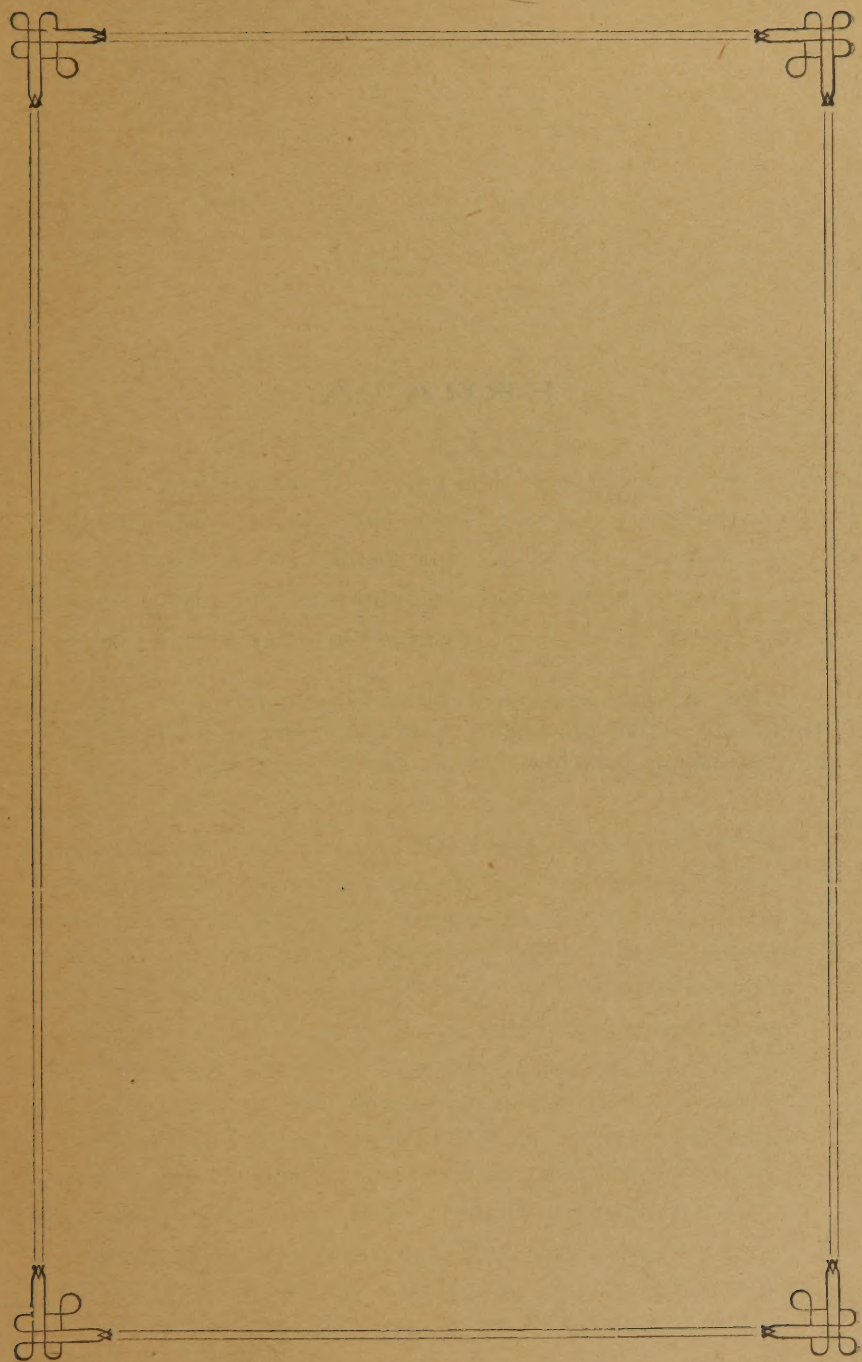
AOS MEUS MESTRES

Amisade e Respeito

AOS MEUS COLLEGAS DE ANNO

Sympathia.

AOS DOUTORANDOS DE 1896

Felicidades.

ERRATA

Pagina 15— 8ª linha,—onde se lê 1 ‰ —leia-se 1 ‱
» 17—23ª » — » » » para mil — » para dez mil.
» 31—10ª » — » » » gastrotomia — » gastrostomia.
» 53— 2ª » — » » » colprolithos — » coprolithos.
» 75—25ª » — » » » enterostomia— » enterotomia.

Além d'estes mais importantes, existem outros erros que facilmente serão removidos, pois não deturpam o sentido da phrase como os apontados.

PREFACIO

Antes de entrarmos no assumpto de nosso trabalho, convem que digamos algumas palavras relativas ao mesmo.

Tendo afinal chegado ao extremo de nossas bancadas escolares, e sendo indispensavel a apresentação de um trabalho qualquer, para que nos seja conferido o premio de nossos arduos labores, eis-nos tambem no nosso humilde posto, esperando chegar a nossa vez ; « occasião que tanto almejei, sem nunca ter desanimado. »

N'esse certamen de tantos annos, certamen ennobrecido pela convivencia com tão distinctos Amigos e Mestres, com o fito de esclarecer o nosso cerebro, dirigindo-o no caminho da verdadeira sciencia, adquirimos o sufficiente de luz, para reconhecer a utopia e improficuidade de nosso intento, em poder apresentar um trabalho, que podesse passar os limites acanhados do banal.

Apezar d'essa convicção, forçados por uma disposição regulamentar, procuramos n'esse « struggle », não « for life », mas, sim para a acquisição de uma posição definida e honrosa, al-

cançar a permissão de poder admirar os Preclaros da Siencia, lendo os seus escriptos, admirando os seus feitos, applaudindo-os e esforçando-nos, por imital-os em sua missão nobillissima e dignificadora.

Explanado este terreno de explicações necessarias, claro é que o presente trabalho, não representará uma producção propria, e sim, uma reproducção apropriada.

Em taes circumstancias não deverá elle ser aquilatado de outra forma senão em seus justos e precisos limites, porquanto não representa sequer uma parcella de creação, constituindo apenas a repetição de algumas noções colhidas e aprendidas no modo de ver de nossos Mestres, bem como folheando as paginas de autores, cujos vultos constituem a base do grande templo : — a Medicina, — e, sob cujo tecto tem vindo abrigar-se todos aquelles que soffrem, esperançosos em seus preceitos, mas, em prol do qual, nol-o ensina tambem a historia da humanidade, avultado é o numero de gloriosos batalhadores, verdadeiros martyres, cuja dedicação aos preceitos por ella estabelecidos, trouxe-lhes a victimação.

Adoptando o titulo de « considerações sobre a laparotomia, » não tivemos em vista senão procurar mostrar qual o nosso modo de ver a respeito da pratica d'essa operação da Grande Cirurgia.

Para isso, dividimos o nosso trabalho em seis partes ou capitulos.

Na 1ª parte, fazendo um breve apanhado sobre a cirurgia em geral e sobre a abdominal em particular, procurámos demonstrar as innumeras condições que acompanham essa operação,

salientando varias difficuldades operatorias, erros possiveis de effectuar-se, alguns dos quaes realisados, idéa e modo de pensar de alguns autores sobre esta ou aquella affecção ou symptoma, emfim, condições essas que muito devem concorrer no espirito do clinico, para que este calma, criteriosa e raciocinadamente avalie bem d'essas condições, afim de que não seja levado a apreciações falsas e faceis, e juizos prematuros.

Na 2ª parte, descrevendo o manual operatorio, seguido de algumas precauções, temos em vista, corroborando ainda mais nossa exposição sobre a 1ª parte, tornar ainda muito mais patentes muitas outras circumstancias, que fazem d'essa operação um acto muito importante e solemne, tanto ou mais importante quanto o pode ser um outro tratamento de uma qualquer outra affecção grave.

Na 3ª parte, tratando das indicações, seguidas de algumas ligeiras noções das contra-indicações, (4ª parte), pretendemos fazer um ligeiro apanhado das mesmas, porem, o sufficiente para evidenciar as difficuldades do diagnostico preciso de varias affecções, constituindo esta ultima expressão o titulo da 5ª parte do nosso trabalho. N'esta parte, apanhando somente as difficuldades e deixando de parte o facil diagnostico, temos por fim, visando o objectivo de nosso trabalho, tornar ainda mais conhecido o valor apreciativo pelo qual encaramos esse acto operatorio que se chama —laparotomia.

Finalmente, em uma ultima parte, recapitulando em uma synthese geral varias considerações sobre as partes antecedentes, tiramos nossas conclusões, julgando poder ser-nos feita a justiça de que não pensamos nem errada nem apaixonadamente.

Assim o pensamos, porque não só as opiniões que expendemos pertencem a outros e nós julgamo-las verdadeiras, acceitando-as; como tambem, apreciando-as, procuramos fazel-o sem juizo preconcebido.

Este nosso modo de expressar é oriundo do conceito que fazemos da Medicina clinica, arrazoada e proba, alliada aos deveres e ao direito que a verdade scientifica requer e sóe merecer.

DISSERTAÇÃO

A cirurgia hodierna goza de um outro prestigio de muito maior valor, que aquelle de ha bem pouco tempo ; ella resentia-se da sua localisação n'um gráo inferior na arte de curar. Reduzida antigamente á um simples *trabalho de mão*, hoje, possue um completo e perfeito direito adquirido como sciencia, fazendo parte dos ensinos superiores de medicina como meio therapeutico unico em certos casos.

Outr'ora havia uma scisão perfeita entre medicos (physicos) e cirurgiões ou operadores, e, estes não tinham nenhum prestigio nem authoridade, bastando lembrar que, em certo tempo, foram elles interdictos de praticar qualquer operação, por mais insignificante que fosse, sem ser pela ordem de um medico. Eram então os cirurgiões uns verdadeiros prepostos d'aquelles.

No seculo XVIII, em que deu-se a creação de uma escola de cirurgia, já a classe, á força de trabalhos e de tenacidade, conquistou um lugar saliente ; veio depois a Revolução franceza que reformou completamente o ensino, e mais tarde, com o apparecimento de Petrequin, ficou por este demonstrada a

necessidade que existia de possuir um cirurgião uma instrucção geral, solida.

Conseguido isto, e nascendo então os primeiros tratamentos antisepticos, fundados nos conhecimentos bacteriologicos, foram muitas molestias, entre as quaes a erysipela e a infecção purulenta, attribuidas até então ao accumulo dos doentes, melhor conhecidas e evitadas, de forma que muitas operações e até mesmo as mais simples incisões, que ficavam interdictas quando declaravam-se essas affecções sob a forma epidemica, puderam então ser feitas sem grande risco para o doente.

O successo operatorio pois, depende sem duvida alguma, do cirurgião, porém, este deve ser coadjuvado e seccundado nessa lucta, sem o que, as condições sendo multiplas de um lado, ao passo que do outro existe apenas o operador que tem de supperar todas essas condições, vê-se este em serias difficuldades para attender com calma e precisão a todas as eventualidades que possam surgir no acto operatorio.

Este acto operatorio, hoje, tem outra importancia que não tinha outr'ora.

Diz-nos á esse respeito o grande vulto de Tillaux : —«é bonito fazer-se uma operação ; operar com perfeição ainda o é mais, porem, é imprescindivel que seja *necessaria* a operação, que tenhamos firmado o diagnostico e estabelecido as indicações e contra-indicações. Em taes circumstancias é immensa a nossa responsabilidade».

«Na sciencia do diagnostico é que está a parte a mais util, mais vasta e mais difficil de acquisição na nossa profissão ; aquella que exige madureza, criterio, trabalho incessante ; que põe em jogo e á provas as qualidades intellectuaes do homem ; aquella, emfim,que constitue ou caracterisa um *bom cirurgião*. Para isso, porem, é na Anatomia e particularmente na Anatomia topographica que se basêa o edificio todo da cirurgia. Um cirurgião que não seja tambem um excellente anatomista, embora opere ligeiro, será forçosamente um homem inferior, incompleto».

Coadjuvado pelos conhecimentos de Physiologia que lhe mostram as relações funccionaes entre um orgão e suas necessidades e modos de acção ; pela Pathologia que vem indicar-

lhe quaes as perturbações morbidas da vitalidade ou simplesmente do fuuccionamento d'este ou d'aquelle orgão ; e conhecedor exacto das dıfferentes particularidades anatomo-topographicas de uma dada região do organismo, ipso facto, estará o operador em condições de bem medir e avaliar o que observa, referil-o a esta ou áquella causa e assim intervir, quando veja existir possibilidade, fazendo-o de um modo salutar e benefico para o paciente.

Em summa, deverá fazer a cirurgia anatomica.

Com estes dados vemos que, quer a cirurgia propriamente dicta, quer a medicina, ambas tendo um unico intento, empregando cada uma seus variados processos no reconhecimento das molestias ou affecções, para estabelecer as indicações therapeuticas, differem tão somente na applicação dos meios de tratamento.

Si passarmos á cirurgia abdominal, veremos que esta só teve maior desenvolvimento no correr do seculo actual. E' assim que Dieffenbach, em 1845, dizia sobre a ovariotomia : «si consideramos um feliz resultado a cura expontanea de um ferimento accidental do abdomen em um individuo são, e si pezamos bem todos as probabilidades de morte, a qual está exposto antes de sarar, teremos bem pouco á esperar, da abertura do abdomen, seguida da ennucleação de um grande tumor ovarico, em uma mulher já doente. Eis ahi um terreno esteril».

Apenas nove annos são passados e já Spencer Wells, ao ter noticia certa de varias ovariotomias practicadas com exito conpleto na Australia, Ceylão, Russia, Suissa, França etc., nos diz :» é bem difficil esquecermos, no começo do novo anno, o que pensavam e diziam os cirurgiões, ha sete annos, sobre a ovariotomia».

E hoje ? Quem ignorará que a ovariotomia faz parte das operações as mais communs ? Pean, em 1871, dedicava-se aos fibromas uterinos. Os resultados á principio pouco animadores, foram tornando-se mais e mais estimuladores, de forma que esta operação apresenta resultados, hoje, comparaveis aos fornecidos pela ovariotomia. Keith, em nossos dias, nos dá a porcentagem de uma lethalidade operatoria de 3 °/₀ para os fibromas.

Em 1869, Simon faz a nephrectomia para a cura de uma fistula ureterica. Em 1870, Sydney Jones apresenta a primeira gastrotomia e em fins de 1870 Peau faz a primeira resecção do pyloro.

Desta epocha em diante os factos se precipitam. Martin e Czerny referem os seus successos em splenectomias.

Dittel e Kinloch emprehendem a resecção do intestino para tratamento de um anus accidental. Em nossos dias, os conhecimentos fornecidos pela antisepsia e principalmente pela asepsia permittem-nos esperar melhores e mais vantajosos resultados.

A laparotomia é a incisão da parede abdominal, feita em uma região qualquer. Essa palavra, de origem grega, quer dizer abertura dos flancos, mas hoje, ella é tida no sentido de abertura da cavidade abdominal, sem cogitar-se do ponto em que é feita essa abertura.

Na grande maioria dos casos a laparotomia é feita com o intuito de practicar-se uma outra operação, em orgão ou orgãos contidos n'essa cavidade. Outras vezes, porem, ella tem apenas um fim explorador. D'ahi a sua divisão em *laparatomia explorada* e *laparatomia curativa*.

O facto das laparotomias exploradoras é até certo ponto como que o sello da cirurgia de nossos dias. Convem entretanto distinguir a laparotomia feita com o fim de certificar-se da natureza do mal, d'aquella em que, feita a abertura do abdomen com o intuito de practicar-se uma outra operação qualquer, reconhece o operador que a intervenção é impossivel, ou muito perigosa, entrando então no caso das operações incompletas.

A laparotomia curativa pode ainda em certos casos ser executada em um só acto operatorio ou em dous. Este ultimo caso é o mais raro. E' elle representado pelo methodo de Volkman, no tratamento dos kystos hydaticos do figado. Abre-se a parede abdominal e o peritoneo parietal em um primeiro tempo; o tumor vem até a abertura, contrahe posteriormente adherencias com o peritoneo parietal, de forma que pode-se abrir o tumor no fim de alguns dias (2° tempo operatorio) sem receiar a queda de seu conteudo na cavidade

peritonial. Procede-se tambem do mesmo modo na maioria dos casos de operações sobre o estomago. O mesmo se fazia quando se operava sobre o intestino, o qual depois de estar á descoberto, sutturava-se-o ás paredes da incisão afim de tornar mais facil e mais certa a sua adherencia a ; a mobilidade, o augmento e diminuição de volume do tubo digestivo requeriam a sua fixidez, além de que era necessario evitar-se o derrame das materias n'elle contidas no interior da cavidade peritoneal, impedindo-se assim a possibilidade da infecção da serosa.

Hoje, porem, quasi todas essas operações são feitas em uma só sessão operatoria e na immensa maioria dos casos, a verdadeira operação, isto é, o segundo acto operatorio das laparotomias curativas, segue immediatamente a da abertura da cavidade abdominal. E' isto devido á que, graças aos conhecimentos adquiridos, aos aperfeiçoamentos realisados na technica e nos differentes instrumentos, o numero de laparotomias effectuadas foi tornando-se maior, revelando a relativa inocuidade da incisão abdominal quando feita por cirurgiões affeitos á observancia da asepsia e antisepsia, capazes de supperar ás innumeras difficuldades e occurrencias possiveis de apparecer em um tal acto operatorio. Chegaram mesmo os cirurgiões ás raias do abuso, porem, hoje em dia, não deve mais ser tolerada a phrase de ha bem pouco tempo, nos casos de diagnostico duvidoso: «operemos primeiro, e então veremos que se tem a fazer». O cirurgião, hoje, educado em todos os ramos medicos geraes, quando vae operar já leva ou deve levar seu diagnostico firmado e todas as eventualidades possiveis de advir.

O 2° acto operatorio ou segunda operação das laparotomias curativas póde ser feita com a mão tão somente, ou então armada de instrumento, o que é o caso mais commum. Supponhamos que no primeiro caso teremos á tratar da libertação de uma alça intestinal que torceu-se, ou de uma invaginação de um illeus, e no segundo caso uma ovariotomia, uma entero-anastomose etc.

Para exemplificar melhor a variedade de operações que pódem succeder á abertura da cavidade abdominal, tomemos este segundo caso, em que pódem apparecer diversos tempos

operatorios mais complicados, como sejam: *a*) ligadura de grossos vasos; *b*) sutturas no tubo gastro-intestinal, gastrorraphias, enteroraphias etc; *c*)—abertura do estomago ou intestino—gastrotomia, enterotomia, ou do utero (operação cesareana), da vesicula biliar, de um kysto, etc;) *d*) formação de uma fistula permanente, no estomago, intestino—gastrostomia, enterostomias, gastro-enterostomia; *e*)—resecções do estomago, intestino, etc; *f*) extirpação completa de um orgam, em particular do baço, do rim, da trompa, de um ovario ou dos dois, do utero, da vesicula biliar ou ablação de um producto pathologico—kysto hydatico, pedaço de epiplon degenerado, um tumor, etc.

Vê-se, pois, que trata-se de operações tão variaveis pela sua importancia, quanto pela sua technica. A simples laparotomia para os kystos do ovario não adherentes, é uma operação facil; no entanto, outras ha, que requerem tanto genio do operador, quanto a sua execução requer habilidade.

As affecções traumaticas do abdomen concorrem e muito, para a variedade do resultado, bem como para as difficuldades, quer do diagnostico, quer do tratamento. Assim, quando um individuo recebe uma pancada forte sobre o abdomen, sobrevem rapidamente uma syncope, durante a qual a apnéa persiste por algum tempo mais ou menos duradouro. Estes phenomenos syncopaes após algum tempo se dissipam, sem deixar traços apparentes e objectivos. A' esse respeito as experiencias de Goltz nos são bastante demonstrativas: pondo a descoberto o coração de uma rã, e percutindo-se varias vezes, seguidamente, o abdomen do animal, observa-se que o coração vae parando a pouco e pouco, e se o choque for bastante forte ou intenso, ver-se-ha processar-se a parada brusca do coração. Goltz, observou identico phenomeno, fazendo a compressão ou constricção, varias vezes, do estomago ou do intestino, apprehendidos entre o pollegar e o index.

Essas contusões abdominaes podem ainda determinar estados inflammatorios chronicos nas visceras, sem que tenha havido rupturas nas mesmas.

Pirogoff chamou a attenção para as contusões limitadas da parede abdominal, as quaes, á primeira vista, parecendo-

nos insignificantes, no entanto podem dar lugar ao apparecimento de fistulas esterçoraes, etc, dizendo elle á este respeito : — o processo inflammatorio faz-se de um modo chronico, evoluindo sem dor, sem febre e fica-se sorprezo quando, palpando-se o lugar da contusão, percebe-se uma fluctuação e pequenos estalidos. Aberto o abcesso, corre um liquido sanioso, encontrando-se ás vezes um ascaride no meio d'esse conteudo, como succedeu-lhe uma vez. O grosso intestino, menos movel que o delgado, mais facilmente adhere á parede abdominal, estabelecendo-se uma fistula estercoral, após a abertura do abcesso; ao passo que, sendo o intestino delgado o affectado, a contusão accarreta mais facilmente a ulceração e o derramamento consecutivo, na cavidade peritoneal, das materias n'elle contidas, accidente este de gravissimas consequencias, as mais das vezes, mortal.

Dado o caso que a contusão produza a ruptura de visceras, pela maior intensidade com que actuou, processa-se logo esse derramamento intra peritoneal, determinando peritonites septicas cujo prognostico sombrio e desfavoravel é avaliado por Chavasse em 96 °|₀ de lethalidade, devendo-se desde já notar que, si em taes casos a intervenção for precoce, a lethalidade diminuirá em sua porcentagem. As laparatomias tentadas com esse fim, n'estes ultimos tempos, tem dado resultados animadores, a tal ponto, que presentemente tratam os cirurgiões de saber si se está authorisado em taes casos á abrir logo o abdomen para ir sutturar a ruptura interna, nos casos em que ignora-se o ponto da lesão, e, mesmo nos casos de conhecer-se o ponto lesado, si se pode operar o doente ainda mesmo em collapsus.

A. Broca diz : quando existem signaes de hemorrhagia interna, elles constituem uma indicação formal para a laparotomia. Do mesmo modo tem sido tratadas as rupturas vesicaes. Walsh apresentou em 1888 onze casos de cura dos quaes, 5 operados nas 27 horas após o accidente ; todos curaram-se.

As rupturas do figado, a menos que não deem lugar aos symptomas de forte hemorrhagia interna, em geral não precisam da intervenção operatoria, bastando o repouso, a applicação de gelo, etc. O mesmo se dá para com o baço.

Nas affecções renaes, pelo facto de dar-se a compensação de um rim pelo outro constituem ellas o numero das mais benignas, além de que nem sempre dá-se a ruptura da sua capsula que é resistente, enkystando-se os liquidos que tenham extravasado.

Entre os tumores que pódem offerecer o phenomeno da ruptura, acham-se em primeira plana os kystos do ovario, a respeito do que nos refere Nepveu, que elles rompem-se 128 vezes, sobre 155 casos, devido isto á causas variaveis, como sejam, contusões ou choques, contra-choques, queda, esforço, etc.

Si passarmos agora para os ferimentos abdominaes veremos que só os penetrantes complicados de interessamento visceral foram considerados mortaes, em todos os tempos, por ex: os do estomago. A. Brocá a esse respeito é de opinião que, si o estomago estiver cheio, será uma circumstancia aggravante, estando elle em desacordo com a opinião de outros cirurgiões, que pensam de modo inverso.

Nos intestinos, si a alça ferida sahe para fóra da abertura abdominal, não ha receio quanto á possibilidade de penetração das materias n'elle contidas, no interior da cavidade peritoneal ; em caso contrario, sim.

Si a ferida parietal é pequena, já do tempo de Hans Gerdorff, Lanfranc e outros, mandava-se augmentar essa incisão. Lembert, Jobert, Czerny e outros trouxeram grandes contingentes para os progressos da cirurgia intestinal, apresentando as suas sutturas, e hoje, com o botão de Murphy, que parece estar reservado a obter um futuro brilhante nas conquistas operatorias, o acto e o tempo operatorios tornaram-se mais simples e mais faceis, diminuindo portanto a gravidade inherente a essas intervenções.

Os ferimentos penetrantes do figado são muito perigosos, porém, os feitos por arma de fogo são muito menos que os produzidos pelas contusões. Estes ferimentos por arma de fogo, quando penetrantes e visceraes, são bem mais perigosos do que os que só affectam o peritoneo. Si é o estomago que é attingido, vê-se logo apparecer o shock, dores abdominaes, vomitos e constipação. Quando é o intestino que é interessado,

havendo derrame dos alimentos no interior da cavidade abdominal, vê-se logo apparecer meteorismo, vomitos, soluços, collapsus e finalmente todos os symptomas de uma peritonite. Pirogoff, Dupuytren, Larrey, Baudens e outros opinam que se deve intervir n'estes casos. De 1882 para cá Marion Sims insiste energicamente sobre a opportunidade de uma intervenção cirurgica em presença de um ferimento intestinal.

Resulta das experiencias de Charles Parkes que o verdadeiro tratamento n'estas condições consiste na laparotomia, limpeza da cavidade abdominal, hemostasia completa, sutturar ou reseccar uma porção do intestino, conforme as indicações fornecidas pelo caso em questão, podendo pois a laparotomia ser seguida de variadas operações (enterostomia, enterorraphia, enterectomia).

Os casos em que a resecção póde ser necessaria, são por tal fórma variados, que é impossivel estabelecer regras geraes sobre o que diz respeito a incisão da parede abdominal, existindo ás vezes circumstancias taes, que collocam o cirurgião na occasião mesmo da operação, irresoluto em dizer si o plano de antemão estabelecido poderá ou não ser effectuado, ou então, uma vez reconhecido impossivel, qual o que deverá seguir.

Alem d'isto, como estas operações são raras, não temos ainda um numero sufficiente de observações, para se poder estabelecer regras geraes. Um facto importante nas resecções intestinaes é o poder-se puchar com facilidade a alça do intestino para fóra da incisão abdominal, sendo este facto uma condição *sine qua non*, e que sendo conseguido ou exequivel, constitue um meio caminho andado na operação.

As innumeras circumstancias inherentes aos ferimentos, contusões, tumores, etc. dos intestinos, demonstram até certo ponto a utilidade da laparotomia exploradora, a qual será bem comprehendida pelos que conhecem qual a variedade d'essas mesmas complicações que podem apresentar-se, bastando lembrar as adherencias, o numero de perfurações, ou o numero de tumores, etc., que podem ser encontrados.

Na cirurgia hepatica bem pequeno é o numero de operações por ella comprehendido. São os abcessos de figado, mais communs nos paizes quentes, os hystos hydaticos, cujo trata-

mento modificou-se muito com os conhecimentos da antisepsia, tendo ella como propugnadores Volkmann, Lindenmann, Terrier, Reclús, Lucas-Championière. As resecções por causa de tumores, as operações feitas em orgãos e canaes intima e estreitamente affectos a essa glandula (canaes cystico, choledocho, vesicula biliar), tambem tem progredido, bastando enunciar, as cholecystotomias, as cholecystectomias, as cholecystenterostomias, etc.

A cirurgia pancreatica que, segundo a phrase de Ed. Albert : é a filha mais moça da cirurgia, constitue um dos passos mais modernos que deu a cirurgia em nossos dias. Nascida de um erro de diagnostico ella foi fertil em ensinamentos e contribuio para dilatar nossos conhecimentos. Rokitansky filho, em 1881, *acreditando operar um kysto do ovario*, reconheceu tratar-se de um kysto pancreatico. Spençer Wells *cahiu tambem* no mesmo engano.

Thiersh, Gussenbauer, Billroth, Hocher, Rosenbach e outros, de então para cá têm operado casos identicos notandose que varias vezes o diagnostico era confirmado apóz a operação. Apezar, porém, de tantos progressos, os resultados obtidos em casos de abcessos e carcinomas d'esse orgão, não têm sido animadores.

Na cirurgia splenica estão comprehendidas as operações reclamadas pelos abcessos splenicos (incisão) que são raros, kystos, tumores, prolapsos da glandula, ferimentos e extirpação da mesma. Os resultados operatorios, porém, d'essa cirurgia bem pouco animadores têm sido, em virtude da mortalidade apresentada pelas estatisticas mostrar-se muito elevada ainda.

O mesmo porém, já não se dá com a cirurgia renal, cujos progressos hoje são bastante conhecidos, mormente depois que obteve o concurso da concepção e genio de G. Simon, o qual fez a primeira nephrectomia para a cura de uma fistula ureterica, proseguindo elle d'ahi em diante em seus trabalhos e estabelecendo as bases da cirurgia renal.

E' assim que os casos de rim movel têm sido tratados pela nephrectomia ou pela nephropexia, que feita pela região lombar, no emtanto não tem offerecido resultados curativos

apreciaveis, nem resultados tão vantajosos como era de esperar, attendendo á relativa inocuidade operatoria.

Os casos de hydronephrose tambem têm sido tratados pela cirurgia e a esse respeito opina G. Simon, (em vista da discordancia dos operadores em qual o procedimento a seguir) que restabeleça-se a permeabilidade dos ureteres permittindo a eliminação da ourina pela bexiga, ou estabeleça-se uma fistula renal que dê sahida ao liquido secretado. Na lithiase renal, productora de desordens muito intensas, só a cirurgia póde remediar. Os abcessos perinephreticos de ha muito que são incisados e G. Simon aconselha, nos casos em que o compromettimento do rim seja em grande extensão, a nephrectomia. Nas pyelonephrites o problema já é mais difficil a resolver, e não podemos affirmar, senão, que tudo depende de uma certa iniciativa cirurgica do operador. Simon, por exemplo, sustenta que toda a pyelonephrite, devida a uma obstrucção ureterica, justifica plenamente a nephrotomia desde que os dias do doente corram perigo. Os kystos do rim tambem são justificaveis dos mesmos processos operatorios que vimos para os do figado, principalmente aquelles que proeminam na região lombar. Quanto aos outros tumores, a parte cirurgica ainda se resente bastante de estarmos em seu inicio. Os cirurgiões têm ido além dos anatomistas, pois que têm extirpado tumores cuja natureza ignoravam: — tinham diante de si um tumor que consideravam proveniente do ovario, e depois de aberto o abdomen é que verificavam o engano.

As lesões traumaticas do rim tambem muito concorrem para esse ponto da cirurgia: — a laparotomia. Essas lesões podendo produzir dous periodos distinctos: o hemorrhagico e o de suppuração, devemos attender a cada um em separado. Nos casos em que os phenomenos hemorrhagicos, não são susceptiveis de uma melhora nas 24 ou 36 horas com a applicação dos meios habituaes (repouso, gelo, ergotina, etc.) e que a hemorrhagia seja consideravel, o processo a seguir é o de Simon: abertura da cavidade abdominal e a extirpação do rim. O outro periodo, o de suppuração, é dos mais perigosos. Torna-se necessario fazer sahir o puz que não póde ficar retido,

e a incisão mais commummente feita é na região lombar, onde essas collecções tendem naturalmente a apparecer.

Entre as affecções dos orgãos da cavidade abdominal, affecções que reclamam a laparotomia, estão em ordem de frequencia em um primeiro plano os tumores do ovario, utero, etc. Na generalidade dos casos, essa intervenção tem um fim totalmente curativo, livrando os doentes de uma affecção as vezes mortal, mas, fazendo-o de um modo seguro, definitivo, e mais ainda á custa de perigos que não são maiores do que o da herniotomia. A ovariotomia por exemplo, constitue uma conquista imperescivel da cirurgia hodierna. Deve-se á sua influencia a diminuição do terror que inspirava o peritoneo, tendo n'este ponto concorrido, com uma parte bastante importante a antisepsia e a asepsia. Mc. Dowell do Kentucky foi quem primeiro a fez, sendo porém bem pouco satisfactorios os resultados obtidos durante muito tempo depois; hoje, porém, as estatisticas de Lawson-Tait, Spenser Wells, Keith, etc., fallam bastante claro, para apagar de todo as cores escuras e carregadas com que apresentaram-se essas operações logo em seu inicio.

Muitas outras affecções poderiamos adduzir aqui, afim de demonstrár cabalmente a enormidade dos progressos da cirurgia abdominal, porém cifrar-nos-hemos ás que já ennumeramos, accrescentando apenas que, não só a antisepsia, mas, principalmente os conhecimentos hodiernos de bacteriologia nos evidenciam que, principalmente a asepsia é que deve predominar em qualquer operação d'essa natureza, em virtude do maior ou menor gráo de toxidez de que são dotados os differentes antisepticos usados, os quaes postos em contacto com uma parte do organismo, nos casos vertentes, o peritoneo, podem ser absorvidos e determinar uma intoxicação. Ainda, no referente a este ponto, cabe dizermos que está hoje provado que são os contactos directos, isto é, a polluição directa pelo contacto de objectos, mão do operador, etc., que occasionam mais vezes a infecção do que mesmo o ar atmospherico.

Apezar, porém, d'esses progressos da cirurgia abdominal, se nos afigura só o ser quanto á technica, instrumentos e mania operatoria, porquanto as estatisticas apresentadas por

muitos autores, si bem que pareçam representar a interpretação da verdade, no emtanto são passiveis de serem incriminadas, não fornecendo a expressão exacta d'aquillo a que se referem.

Manual operatorio e Precauções

Em uma laparotomia, o ponto d'onde se faz partir a incisão, bem como a direcção que á ella se dará, naturalmente que varia conforme certas cirumstancias. Assim, aquella que é destinada á uma gastrotomia, será feita na região epigastrica; para uma splenectomia, incisar-se-ha á esquerda e em cima, parallelamente ao rebordo costal; para um abcesso ou kysto hepaticos, far-se-ha a abertura na região correspondente ao figado. Para as operações que se praticam sobre os orgãos genitaes internos da mulher, far-se-ha a incisão na região abdominal inferior, de preferencia sobre a linha media.

Para libertar-se um estrangulamento interno incisar-se-ha de modo que se encontre mais facilmente a séde do mal e que se possa operar tambem o mais commodamente possivel, sendo que a incisão na linha alva, abaixo da cicatriz umbillical é a melhor, pois que é a incisão exploradora por excellencia.

O comprimento da incisão tambem varia muito, admittindo e querendo uns que não ultrapasse o umbigo, e outros, como Nelaton que dizem que as grandes incisões, (do appendice xyphoide ao pubis) não são para temer-se, dependendo apenas da destreza e habilidade do operador, em fazer uma bôa suttura. A extensão da incisão depende muitas vezes do acto operatorio; é assim que um kysto volumoso pode ser extrahido por uma incisão relativamente pequena (apóz ter-se feito a puncção do mesmo); ao passo que para desenvencilhar as dobras de alças intestinaes, ou para a ablação de tumores solidos (fibromas etc.), precisamos fazer incisões grandes, cujo tamanho será relativo conforme o volume do tumor.

As paredes do abdomem são incisadas camada por camada, e toda a cautela consiste em reconhecer o peritoneo antes de incisal-o. Na linha alva o bisturi somente secciona camadas de tecido fibroso ; nos outros lugares elle divide massas musculares e fibrosas do fascia transversalis até que chega á camada denominada *stractum subserosum*, a qual não permitte ao operador o mais novel, um erro até esse momento. Esse stractum é facilmente reconhecido pela camada de tecido adiposo que contem em quantidade variavel conforme a região. Quando n'ella existem tumores, essa camada pode conter vasos calibrosos e que são claramente visiveis. Quando o abdomen offerece-se augmentado de volume, forçado por qualquer circumstancia a distender-se, suas paredes adelgaçam-se de forma que facilmente attingimos logo o peritoneo.

Muitas vezes o peritoneo em vez de apresentar-se delgado, acha-se espessado, sendo mui facil acreditarmos estar em presença das paredes de um kysto, levando-nos a descollal-o, até o momento em que percebemos o nosso engano, facto este que já tem succedido a varios operadores. Outras vezes, porém, é uma ascite mais ou menos consideravel que se nos antolha no acto operatorio, achando-se o liquido entre o tumor e a parede abdominal, de forma que aberto o abdomen, escôa-se aquelle liquido e é então que apparece o tumor, estando por detraz d'este as alças intestinaes.

Muitas outras circumstancias podem apresentar-se difficultando e mesmo augmentando a gravidade operatoria, principalmente as dependentes do 2° acto operatorio, que na grande maioria dos casos constitue por si só todo o centro de convergencia dos cuidados que o operador tem de dispensar.

Em nosso trabalho, porém, não pretendemos occupar-nos detalhadamente de cada um d'elles, e por isso, passamos desde já ao que se refere ao ponto d'este capitulo, fazendo salientar as necessidades e peripecias de toda a laparotomia, passando depois ás precauções concernentes a varios assumptos, de forma a bem evidenciar que uma laparotomia constitue um acto operatorio de summa importancia, e que não são para desprezar-se quaesquer d'esses cuidados.

Manual operatorio:—Na pratica das laparotomias os objectos necessarios á operação preliminar e ao curativo subsequente são, entre outros, os seguintes:

Mesa de operações, travesseiros, lençóes, um brazeiro para manter a temperatura ambiente, quando esta estiver baixa, e mesmo para aquecer objectos (compressas etc.) quando for necessario; sondas, chloroformio, soluções antisepticas phenicadas á 2 e 5 °/₀, solução sublimada a 1 °/₀₀, esponjas finas, bisturis rectos, curvos, abotoados e não abotoados, pinças de dissecção, pinças de Pean, sondas cannelladas, tesouras rectas, e curvas sobre o chato, trocateres finos e grossos, tenaculos, clamps, catgut fino e grosso, fios de sêda, thermo cauterio de Paquelin, solução normal de perchlorurêto de ferro, pinças de pressão continua, seringas de borracha, agua sterilizada em grande abundancia, fria e quente, chlorurêto de sodio puro, pulverisado, largas tiras de flanella, agulhas cirurgicas communs rectas e curvas, agulhas de Reverdin, tubos de drenagem, gase sublimada ou iodoformada, algodão phenicado ou depurado, mackintoch, ataduras de gase iodoformada, iodoformio pulverisado, camizas de flanella compridas que cubram até a coxa do doente, que depois de operado deve ser levado ao leito onde terá boas coberturas para aquecer-se. Preferem n'este particular, alguns operadores, que se faça o 1° curativo post-operatorio, no proprio leito do doente, afim de não desmanchar o curativo com o transporte d'aquelle, da mesa de operações para o leito.

Nas variadas laparotomias curativas, o instrumental variará pela adjuncção de varios outros instrumentos, destinados a prehencher outros fins. E' assim, que, o botão de Murphy, de que já fallamos, será incluido nos casos em que tenhamos de operar sobre os intestinos, porquanto é elle um instrumento que veio simplificar o manual operatorio, e diminuir extraordinariamente o tempo necessario em taes operações, attenuando muito o resultado das entero-anastomoses.

Disposto isto, e distribuido o papel a cada um dos ajudantes, que devem ser em numero de cinco: um para chloroformisar, outro para dar os instrumentos ao operador; um terceiro armado de pinças de Pean e esponjas finas e asepticas,

para conservar a limpeza do campo operatorio e hemostasia, e os dous ultimos, encarregados de evitar que as alças intestinaes façam hernia fora da cavidade abdominal, recolhendo-as com delicadesa, caso tal succeda ; começará então a operação, fazendo-se deitar o doente na mesa de operação, em decubito dorsal, as coxas ligeiramente affastadas e flexionadas sobre o abdomen. Trendelenburg apresentou uma modificação na posição que deve occupar o doente que vae ser laparotomisado, dando uma inclinação ao plano da mesa, de forma que a cabeça do doente fica em um nivel inferior ao do abdomen, posição esta que difficulta até certo ponto, a producção da hermia dos intestinos pela incisão, devido isto á acção do proprio peso exercido sobre as alças intestinaes.

Deitado o doente, esvasiada a bexiga por meio de uma sonda, começa a chloroformisação. Chloroformisado o paciente o operador toma a posição que mais lhe convem, á direita, á esquerda ou entre as pernas do doente, e faz a incisão da parede abdominal em 3 tempos principaes. No primeiro tempo incisa a pelle e tecido cellular sub-cutaneo ; no segundo tempo, vae incisando todos os tecidos componentes da parede abdominal, com precaução até chegar ao peritoneo, cuja incisão constitue o 3° tempo. O primeiro tempo em nada variará em quasi todos os casos, mas no 2° e no 3° tempos, muitas cautelas são necessarias. Assim, no 2° tempo, conforme a região, as camadas podem ser constituidas por planos musculares e planos fibrosos intercalados (regiões lateraes da linha alva) ou simplesmente planos fibrosos (linha alva). Neste 2° tempo deve-se fazer a hemostasia dos vasos que sangram, afim de evitar-se a queda do sangue no peritoneo. Esta incisão na linha alva é na maioria dos casos a preferida : 1°, evitar hemorrhagias abundantes ; 2°, permittir uma exploração mais completa da cavidade abdominal ; 3°, cicatrizar mais rapidamente ; 4°, prevenir melhor as eventrações.

Terminado o 2° tempo, pega-se o peritoneo com uma pinça e ahi faz-se uma pequena abertura que se augmenta para cima e para baixo, até attingir os niveis superior e inferior da incisão dos planos, correspondentes aos 1° e 2° tempos.

Para augmentar-se a incisão do peritoneo ou mesmo de toda a espessura da parede abdominal, introduz-se o indicador da mão esquerda ou uma sonda canellada no interior da cavidade, em uma direcção quasi parallela ao plano da parede, e pela gotteira da sonda ou pela face palmar do dedo, o que é preferivel, deslisa-se um bisturi abotoado ou um dos ramos de uma tesoura e pratica-se a divisão dos tecidos.

Aberta a cavidade abdominal faz o operador o exame circumstanciado e delicado do orgão ou orgãos suppostos lesados, e pratica as operações reclamadas pelas lesões encontradas.

As operações consecutivas á abertura da cavidade abdominal são innumeras, e excusamo-nos de fallar sobre ellas, porquanto em outras partes de nosso trabalho teremos de nos referir a varias d'ellas, alem de que pretendemos occupar-nos apenas do que é referente á generalidades da laparotomia, e não entrar em detalhes minuciosos, fazendo-nos ultrapassar nossos limites traçados.

Findo o segundo trabalho operatorio, pratica-se a lavagem da cavidade abdominal, em primeiro lugar com uma solução de chlorureto de sodio, na proporção de sete grammas de sal para mil d'agua esterillisada, e em seguida por uma solução de bi-chlorureto de mercurio na proporção de uma gramma d'este sal para mil d'agua.

Estes liquidos são introduzidos na cavidade abdominal sob uma certa pressão, afim de que todos os orgãos pelvianos e abdominaes sejam lavados. A quantidade de cada liquido varia entre quatro e cinco litros e a temperatura tanto para um como outro deve ser igual á normal do corpo humano, isto é, 37° centigrados, para que não haja resfriamento. A razão pela qual a lavagem da cavidade abdominol pela solucção sublimada, deve ser precedida pela lavagem com a solução do chlorureto de sodio, é que esta ultima lavagem produz uma hydratação do sangue, em consequencia da qual a faculdade de absorpção do peritoneo é supprimida, e então pode-se fazer a lavagem com a solução sublimada sem que haja receio que ella seja absorvida e produza a intoxicação. Esta hydratação do sangue e consequente resistencia do peritoneo á absorpção

é passageira, e por esta razão deve-se desembaraçar a cavidade peritoneal de todo o liquido ahi retido.

Concluida a toilette da cavidade abdominal, resta somente fechal-a, e para isto suttura-se a incisão, usando uns operadores da suttura por camadas e outras de uma só suttura comprehendendo toda a parede abdominal. Em qualquer dos casos existirão sempre duas ordens de pontos: profundos e superficiaes ou complementares. Os pontos profundos comprehenderão a pelle, tecido cellular sub-cutaneo, tecido fibroso da linha alva, ou o muscular de outras regiões e o peritoneo. A superficial comprehende somente a pelle e tecido cellular sub-cutaneo, e é feita nos espaços intermediarios aos pontos profundos, que distarão entre si de dois a tres centimetros.

A suttura profunda faz-se da seguinte maneira: O cirurgião tendo na mão direita uma agulha armada de um fio resistente, crina de Florença, distende moderadamente com a mão esquerda o bordo da solução de continuidade que fica á sua direita, introduz a agulha um centimetro para fóra do bordo da incisão, dirigindo-a obliquamente para dentro, até sahir no peritoneo a meio centimetro para fóra do bordo peritoneal incisado; faz o mesmo no outro lado, principiando porém de dentro para fóra e amarra-se o ponto. O cuidado aqui, está todo em approximar-se partes que se correspondam perfeitamente, tanto que Nelaton fallando sobre as grandes incisões, diz que: «As grandes incisões não são perigosas, dependendo apenas da habilidade e dextreza do operador em fazer uma suttura boa e perfeita.

A drenagem da cavidade abdominal é acceita por uns e regeitada por outros.

Ella dependerá das condições em que se ache o organismo e da natureza da operação. Si a operação fôr feita em curto espaço de tempo, aseptica, restando da operação apenas uma superficie cuja composição não nos pareça susceptivel de produzir infecções pela suppuração, comprehende-se que poderemos dispensal-a.

Porem, nos casos contrarios, ella, em vez de ser uma porta de entrada para os germenos infecciosos, será antes uma porta de facil sahida, porquanto ahi estão os apparelhos occlusivos

antisepticos, cuja applicação cuidadosa e meticulosa podem premunir-nos de taes accidentes.

Sutturado o abdomen, cessa-se a chloroformisação e collocamos em estado de perfeito aceio e antisepsia o ventre, transportando-se o doente para o leito, onde tem de ficar, fazendo-se ahi o curativo. Na remoção do doente, devemos amparar-lhe os flancos afim de que pelas tracções que se produzam, não se rompam alguns pontos de suttura.

Alguns acconselham retirar o curativo no terceiro dia, porém, a bôa practica nos acconselha de só retiral-o quando supponhamos ter-se dado a cicatrisação da solução de continuidade, desde que pela observação diaria e attenta do doente, nada indique uma perturbação ou occurrencia anormal nas consequencias operatorias. Si porem surgir qualquer circumstancia, como o apparecimento de uma reacção febril, cuja causa evidenciemos ter o ponto de partida no locus operandi, a *dôr* pronunciada n'esse lugar, persistente, o extravasamento de liquidos purulentos atravez do curativo etc., são outras tantas indicações formaes de levantarmos esse curativo e proceder a um outro, tendo previamente verificado o ponto de partida do embaraço occorrido na marcha reunitiva post-operatoria.

Emquanto a cicatrisação não for completa o doente conservar-se-ha immovel, sujeito a dieta lactea, bebendo pouca agua, abstendo-se de alimentos solidos, fazendo uso de agua; champagnes ou vinho genuino, porém, sempre em pequenas porções, apezar de que a sêde apresente-se excessiva.

Precauções. — De um modo geral entre as precauções que devemos tomar para garantir o mais possivel o bom resultado de uma laparotomia qualquer, representam papel importante a asepsia e a antisepsia, além de outras condições previas que se referem umas á sala de operações ou ao local, outras ao proprio doente, outras ao operador e seus ajudantes, outras aos utensilios empregados, como sejam, toda a serie de instrumentos cirurgicos, compressas, fios, tubos, esponjas, etc.

Tanto a asepsia como a antisepsia fazem parte das condições previas e por isso deixaremos de fallar n'ellas, porquanto,

vel-as-hemos referidas em muitos pontos em que trataremos d'aquellas condições previas.

Sala. — A sala deve ser aseptica, isto é, deve ser desinfectada covenientemente ou então ser em sala já especial, como sóe haver nos hospitaes; porem, depois que se reconheceu que a infecção vehiculada pelo ar atmospherico era menos de temer do que a vehiculada pelos objectos, pelo contacto emfim, toda a attenção dos operadores voltou-se para a asepsia de todos os objectos que tem de estar em contacto immediato com o operado.

A sala será bem clara, e a meza, collocada em boas condições de luz, será bem solida, livre de todos os lados, de forma a permittir seu facil accesso. Outr'ora aquecia-se a sala, hoje, porem, opera-se em qualquer temperatura, desde 10° centigrados até 20° ou 25°, convindo notar-se que a melhor temperatura é a que oscilla entre 18° e 20°. Claro é que em temperaturas muito inferiores será necessario aquecel-a.

Operado. — Primeiramente o operado deve estar preparado moralmente pelo cirurgião, dever este que não se deve negligenciar. E' verdade que o chloroformio abolio a dor, que os doentes em epoca ainda não muito remota tinham de affrontar, porem, qual o doente que deixará de pensar, nos seguimentos possiveis da operação que vae soffrer? Qual será o seu resultado? Quanta persuasão não precisa dispensar o operador, que cuidados e quantas difficuldades não tem elle de superar, de forma a obter voluntariamente do doente o assentimento ou mesmo um pedido formal, convicto, para uma intervenção que o doente até então sempre recusára!

Seguramente que é n'este ponto que um cirurgião desempenha um papel capital, revelando sua ascendencia e autoridade moral, sem nunca prevalecer-se das mesmas, forçando o animo do paciente, isto é, vencendo-o sem convencel-o. A par d'estas qualidades, o operador tem a necessidade e o dever de mostrar-se attencioso e sollicito protector, dispensando cuidados verdadeiramente paternaes, acolhendo meigamente aquelles que soffrem, justamente os que mais sensiveis se tornam a essas provas, fazendo nascer-lhes em seu intimo

a sympathia e confiança no operador, condições estas todas que muito influem no exito curativo.

A preparação dietetica e medicamentosa do doente, afóra os casos de urgencia, não são para se desprezar. Sabe-se pelo que nos legou o grande Verneuil qual a influencia que os estados constitucionaes exercem sobre os traumas operatorios ou accidentaes. Os individuos enfraquecidos, quaesquer que sejam as circumstancias productoras d'esse estado, necessitam de uma tonificação, que permitta suppormos maior benignidade do acto operatorio.

O preparo medicamentoso é em geral o uso de um purgativo salino na vespera, preferindo outros operadores a administração de um clyster purgativo. Esse preparo previo do tubo gastro intestinal pelo purgativo, quer Bouchard que seja acompanhado da desinfecção.

O doente deverá tomar um banho, ensaboando-se bem. O ventre será cuidadosamente lavado com agua e sabão. A cicatriz umbellical bem limpa, a pelle do ventre lavada com ether, e coberta com compressas sublimadas e taffetá. Si a operação tiver de ser feita nos orgãos genitaes internos da mulher, ou antes, si a incisão tiver de ser feita proxima da symphise pubiana, no baixo ventre emfim (região hypogastrica) os pellos deverão ser raspados e a vagina será (no primeiro caso) igualmente limpa e tamponada com gase iodoformada.

Operador e seus ajudantes. — Tanto o operador como seus ajudantes necessitam ter as mãos e braços perfeitamente desinfectados, trajando um avental bem limpo e desinfectado, passado á ferro, querendo uns que tenham mangas, outros preferindo ter os braços nùs até acima da dobra do cotovello.

O operador deve já ter regulada a sua operação. Seus ajudantes em numero limitado, já experientes pela pratica ou advertidos e industriados pelo operador, devem estar attentos sempre em seus respectivos postos, zelosos e como que advinhando os desejos ou necessidades do operador Si tal não se dér, veremos a impaciencia do operador manifestar-se, atrapalhando-lhe seus movimentos, redundando isto tudo em ficarem os auxiliares ainda mais atrapalhados e fora de si, mais de

desageitados por esse motivo, e a asepsia correndo serios perigos.

O contrario é o que deve ser a regra, os assistentes estão attentos ás diversas phases da operação, previdentes, exactos e precisos em suas funcções : — a operação corre sem hesitações, sem delongas, em silencio e em ordem. *Tuto, cito et jucunde*, eram as tres palavras que definiam um acto operatorio. Hoje, a antisepsia responde pela primeira e a anesthesia pela terceira. Resta a questão da presteza ; esta, o chloroformio já eliminou em grande parte, nas operações em geral, porem, nas laparotomias ainda constitue uma questão importante, no tocante ao resultado posterior : perder sangue é perder tempo; prolongar a intoxicação anesthesica é favorecer o shoc nervoso.

Utensilios empregados. — Todos os instrumentos deverão ter sido sugeitos à uma temperatura de 100° centigrados antes da operação, ou então submettidos em uma estufa cuja temperatura possa attingir a 120° e 130°, e mergulhados depois em uma solução phenicada.

Alguns operadores servem-se de esponjas, outros porém, que as condemnam, usam tampões e compressas esterilisadas. Deitado o doente na mesa, depois de feita a desinfecção do campo operatorio é este coberto com largas compressas de sublimado, bem como todas as adjacencias da mesa de operação, afim de que durante a operação, qualquer instrumento que por qualquer circumstancia tenha sido depositado, ou mesmo os intestinos que se herniaram, não vão repousar senão em superficies perfeitamente esterilisadas. Alguns operadores costumam usar em vez de compressas, largas telas de encerado ou de gutta-percha esterilisadas, porém são preferiveis as compressas.

O n. de pinças, tampões e compressas, deve ser contado, para ulterior verificação, afim de saber-se si não ficou esquecido algum d'esses objectos dentro da cavidade abdominal. Este cuidado, parecendo até certo ponto dispensavel, no entanto não o é, visto não ser um unico caso que sobre tal facto nos refere a cirurgia abdominal.

As soluções para injecções hypodermicas de ether, de cafeina, e mesmo as de serum artificial, não devem deixar de estar promptas para qualquer indicação. Frequentemente, tendo-se necessidade de cauterisar a superficie de um pediculo, ou superficie qualquer, é de bôa praxe ter-se facilmente á mão o thermo-cauterio de Paquelin. Uma precaução que nem sempre é lembrada, è a verificação ante-operatoria do perfeito funccionamento dos apparelhos e instrumentos: — si a quantidade de liquido do thermo-cauterio é sufficiente; si a haste movel da agulha de Reverdin anda bem; si o punctor do trocater está perfeito e si este move-se bem; si os fios de seda, cat-gut estão em perfeito estado, si são resistentes ou não, si a grossura dos mesmos é a desejada; e outras tantas precauções, que só a pratica corrente é que nol-as fornece.

Em toda e qualquer laparotomia tres pontos dominantes devem sempre não ser esquecidos: curta duração, hemostase e asepsia. O operador que for meticuloso na observancia perfeita de taes elementos — tempo, sangue e microbios — estará nas melhores condições para obter um bom resultado.

A conducta post-operatoria é quasi que a mesma em todas as laparotomias, salvo condicções especialissimas. Após a operação, o doente apresenta por algum tempo uma paralysia ou paresia intestinal.

Os dois primeiros dias passam-se sem que nem mesmo gazes sejam expulsos pelo anus; nos dias subsequentes é que elles vão apparecendo, indicando que já se vão restabelecendo as funcções intestinaes; emfim, no 5°. dia, em geral, tem lugar a primeira evacuação. A alimentação será parca durante os dois primeiros dias, espaçada e rara, alguma agua, alcool. Nos dois dias seguintes já se poderá dar agua mais á vontade, caldos, leite, champagne, podendo-se começar a alimentação solida, logo apoz a 1ª evacuação. O doente conservar-se-ha no leito pelo menos 15 dias em media, não lhe sendo permittido levantar-se antes d'esse tempo, e assim mesmo, quando o fizer, deverá trazer uma faixa sobre o ventre afim de suster as paredes abdominaes.

As causas de morte as mais frequentes são: o shock, a hemorrhagia e a peritonite.

O shoc tem o seu tratamento preventivo, consistindo em não deixar resfriar-se o doente durante a operação e evitar as grandes perdas de sangue por meio da hemostase cuidadosa e rapida, operando no mais curto espaço de tempo possivel. Para que o doente não se resfrie usa-se envolver os membros inferiores em flanella cortada em tiras largas, cobrindo-se tambem o thorax e braços, deixando apenas descoberto o campo operatorio. Depois da operação para combater o estado de shoc fazem-se injecções de ether, cafeina, aquecendo-se o doente, dando-lhe alcoolicos pela bocca ou pelo recto. Infelizmente os vomitos devidos á anesthesia, impedem a administração dos medicamentos pela primeira via.

A hemostasia no acto da operação será feita pelos meios habituaes e conhecidos. A hemorrhagia post-operatoria, deve ser combatida pela reabertura da cavidade peritoneal e ir a procura do ponto ou pontos hemorrhagiparos, si quizermos fazer por salvar o doente.

A peritonite será tratada pelos meios habituaes, preconisando alguns cirurgiões como um meio extremo, porém, no qual se deve confiar hoje, quando seja feito conscienciosamente a reabertura e lavagem ampla com desinfecção perfeita da cavidade peritoneal.

Outras vezes, porém, tudo tem corrido perfeitamente bem, o doente está em termos de poder sahir e andar, quando vemol-o morrer subitamente, devido sem duvida alguma a uma embolia, cujo ponto de partida se acha nas veias visinhas do campo operatorio.

Felizmente constitue este facto um accidente raro de succeder, porém contra o qual a therapeutica é impotente, mas, do qual o laparotomista nunca deverá esquecer-se.

Uma outra precaução que tambem não deve ser olvidada, e que poderiamos deixar de referir aqui, tal é o grau de banalidade como conhecimento medico vulgar, porém, que tem já occasionado verdadeiros desastres pela inobservancia d'esse preceito, podendo no emtanto ser obviado, vem a ser a auscultação previa do centro circulatorio, cujas lesões, são desfavoraveis a indicação de uma intervenção.

Indicações

Passando a está parte de nosso trabalho, trataremos da exposição de varias estados morbidos que, não só pela sua natureza e séde, como pela gravidade de seu prognostico, podem reclamar uma intervenção cirurgica, mas, fal-o-hemos de um modo geral, não pretendendo referir-nos, á todos os casos que comporta o assumpto, porquanto isso seria afastarmo-nos de nosso programma e ainda mais, constituiria uma verdadeira utopia d'aquelle que,como eu, não pretende senão tanto quanto lh'o permittem seus conhecimentos e recursos, preencher uma disposição regulamentar, apresentando este trabalho.

Assim sendo, para melhor facilidade de exposição, faremos a ennumeração das indicações, dividindo-as em tres grupos principaes : — 1°, *Dos ferimentos*, que divideremos ainda em contusões e incisões, tratando n'este particular das contusões graves do abdomen e das feridas incisas, com a penetração e interessamento visceral. 2°, *Embaraços mechanicos* ao funccionamento de um orgão ou apparelho, como sejão ; as occlusões intestinaes, occasionadas por qualquer de suas causas ; as obstrucções das vias ou canaes excretores da bilis ; no apparelho genito-ourinario, a obstrucção dos uretheres, impedindo a franca eliminação da ourina ; a difficuldade absoluta em effectuar-se totalmente o trabalho do parto. 3°, *Processos pathologicos*, comprehendendo as inflammações de varios orgãos, neoformações e outros processos morbidos participantes de outras quaesquer causas. N'esta ultima parte faremos referencia principalmente aos tumores dos principaes orgãos genitaes internos da mulher : utero e seus annexos. Foram, como sabemos, os kystos do ovario que pela sua frequencia relativa e gravidade propria que levaram os cirurgiões á practica das laparotomias, e foram os erros de diagnostico quanto á séde de kystos, alheios ao ovario, mas, diagnosticados como d'elle dependentes, que abriram as portas á laparotomisação, a qual d'ahi em diante, tornou-se mais frequente.

Nas contusões graves do abdomen, sobrepuja á todas as outras questões, o que se refere ao diagnostico de um *interessamento visceral*, no qual é baseada a indicação de uma intervenção.

E' este um assumpto de magna importancia, e ainda hoje, após variadissimas discussões, em que figuram operadores como Reclús, Tillaux, Michaux, Chaput, etc., não existe ainda um accordo completo e formal a respeito da intervenção nos casos de contusões graves d'essa região.

A este respeito acham-se divididos os cirurgiões em dous grupos: — intervencionistas e espectantes ou abstencionistas. Chaput, porém, já nas ultimas sessões da Sociedade de Cirurgia de Paris, referindo-se sobre esse ponto, admitte que deve-se intervir, toda a vez que haja duvida sobre o interessamento visceral e que essa intervenção deve ser feita nas quatro ou cinco primeiras horas depois do accidente, tal qual como propõe para as feridas abdominaes penetrantes e complicadas, em que possa existir a menor duvida si houve interessamento visceral.

As razões de ser d'esse modo de proceder são baseadas em varias condições: 1ª, a disparidade verificada muitas vezes, entre as lesões encontradas na parede abdominal externa, e a gravidade da lesão ou lesões internas; 2ª, a constatação de ter-se processado (embora já não exista mais) o shock; 3ª, attendendo ás modificações do *pulso* e da *temperatura*, a existencia de uma dor *interna abdominal*, retracção do ventre, nauseas, vomitos biliosos, pallidez da face. A existencia dos signaes de shock, precisa ser tida em conta; ella estabelece uma contra-indicação, bem como um pulso com um numero de vibrações acima de 140, com uma temperatura igual ou inferior á 35°,5 centigr. Os signaes de uma *hemorrhagia interna*, ainda mesmo em concommittancia com um shock ligeiro, em vez de contra-indicar, tornam formalmente indicada a operação.

A *dor* n'estes casos de contusão, constitue um phenomeno symptomatico de summa importancia, sendo facil distinguir a da parede abdominal da da visceral. A *contractura* das paredes abdominaes tem tambem muito valor e Chaput,

querendo tornar bem salientes estes dous phenomenos, assim, se expressa: «*um ventre flacido e indolente jámais conterá lesões graves*.»

Uma condição que requer não ser olvidada, vem a ser, não só conhecer qual o objecto que produzio a contusão, — a causa —, como tambem, o modo, qual a direcção, em que actuou; além d'isso, saber si o individuo estava ou não apoiado em um plano resistente. Todas estas condições influem sobre a gravidade das lesões produzidas, porquanto a inspecção do estado das paredes abdominaes, nem sempre nos fornece um elemento diagnostico de grande utilidade.

O *aspecto* do paciente é outro ponto capital, comquanto, nem sempre além de um certo estado de soffrimento, apresenta elle signaes mais evidentes que denunciem perfeitamente o gráo da lesão visceral. A percussão abdominal póde evidenciar-nos a presença de um derrame peritoneal, pela submatidez ou matidez em certas zonas, e será ainda de maior valor, quando acompanhada dos signaes proprios de uma hemorrhagia interna — pallidez da face, estado syncopal, suores frios, pulso filiforme, etc. A constatação de uma hematuria nos indicaria uma contusão renal.

Em resumo, uma contusão grave do abdomen, podendo apresentar gráos extremos muito variados, tem um prognostico muito reservado, dependente do interessamento visceral, cuja existencia constitue a base da indicação do maior numero das intervenções.

As *feridas penetrantes* são susceptiveis, mais ainda do que as contusas, das considerações que fizemos a respeito d'estas. Porém, existe aqui tambem muita difficuldade no estabelecimento das indicações para uma intervenção.

A *situação* e *direcções* do ferimento, nos fornecerão motivos de presumpção ou de certeza em certos casos, como seja uma ferida assestada em qualquer ponto correspondente á zona hepatica podendo a simples direcção do ferimento, seguida pelo instrumento, fazer-nos reconhecer, que tal interessamento visceral se fez ou não. Em outras regiões, porem, torna-se bem mais difficil avaliarmos do assumpto em questão, conforme verificou Tillaux em suas experiencias de ferimentos pene-

trantes do abdomen, para interessar os intestinos. No caso de um interessamento do grosso intestino por um instrumento relativamente volumoso (porque uma ferida punctoria ou muito diminuta não deixa aberta a solução de continuidade) é a sahida dos gazes contidos em seu interior e que passam para a cavidade peritoneal, produzindo o tympanismo a distensão e a sonoridade do ventre, que nos fornece os signaes, de que esse orgão foi interessado.

Assim pois, no caso de um ferimento penetrante abdominal, conforme as pesquizas feitas por Charles Parkes, o verdadeiro tratamento consiste na laparotomia, seguida de uma limpeza completa da cavidade abdominal, hemostasia perfeita dos pontos hemorrhagiparos, da suttura ou resecção de uma porção do intestino.

Porem, como bem diz A. Broca : si a indicação de sutturar uma ferida intestinal é formal, a difficuldade está em diagnostical-a.

Este diagnostico muitas vezes torna-se impossivel, salvo no momento em que começa a peritonite e em taes circumstancias a intervenção na maioria dos casos é quasi fatalmente mal succedida. A este respeito os cirurgiões da America do Norte, procedem em geral, laparotomisando o mais logo e immediatamente possivel após o ferimento recebido, representando essa intervenção uma verdadeira laparotomia exploradora.

A *hemorrhagia interna* abundante, processando-se em virtude de um ferimento abdominal, reclama uma intervenção prompta e immediata.

Nos casos de presença de *corpos extranhos* no interior do tubo gastro-intestinal (garfos e outros objectos), tambem indicam uma intervenção cirurgica para a sua extracção, quando occasionam phenomenos graves, que pôem em risco os dias do paciente.

Embaraços mechanicos. — Na *occlusão intestinal* em que os accidentes apresentam um caracter e marcha agudos, ou então quando em um caso de marcha relativamente lenta e que tenhamos pelos antecedentes do doente estabelecido o diagnostico de um estreitamento cicatricial, puramente fibroso,

é á laparotomia e consequente remoção operatoria d'esse embaraço morbido que deveremos seguir.

Processos pathologicos que podem indicar a laparotomia.

Varias *inflammações* das paredes abdominaes processadas nas partes profundas, nas quaes o puz colleccionado em grande quantidade e não tendo grande facilidade para vir ter facilmente ao exterior, determinando symptomas de uma gravidade extrema, necessitam ser dilatadas, devido a extrema gravidade do prognostico. Queremos nos referir aos abcessos sub-aponevroticos da fossa illiaca interna que se confundem com a propria psoite, e os abcessos sub-peritoneaes da mesma fossa ; aquelle de uma gravidade muito maior que este.

Entre os processos pathologicos, devemos incluir a peritonite tuberculosa enkystada, por participar tambem do processo inflammatorio, enkystamento este em que, nos casos de conteudo purulento, é perfeitamente indicada a laparotomia e desinfecção da cavidade kystica.

Tumores abdominaes. — A pratica das laparotomias para a cura dos tumores abdominaes, adquirio uma importancia toda particular, depois que a ovariotomia tornou-se uma operação commum em cirurgia. Hunter a respeito dos kystos do ovario dizia: «si pudessemos abrir o abdomen e enfiar 2 ou 3 dedos dentro, depois punccionar o kysto e puchal-o afim de extrahil-o da cavidade, para pegar o pediculo e seccional-o ; si as circumstancias permittissem prever uma operação d'este genero, esta intervenção seria seguramente indicada nos casos em que nos vemos hoje tão perplexos.» Hoje, porém, opera-se não só casos mais complicados, como tambem, casos em que não se tem indicios bastante precisos do estado dos orgãos em que se vae operar (!).

O cirurgião abre o abdomen, introduz a mão toda no interior para orientar-se sobre o estado d'esses orgãos, parando sómente com suas manipulações quando esbarra com difficuldades operatorias, que possam pôr em risco a vida do doente (!) O dominio da intervenção acha-se muito alargado, e como nem sempre pode-se prever todas as eventualidades de

um acto operatorio, devemos preparar-nos para attender a todas as difficuldades que possam apresentar-se. Spencer Wells foi quem apresentou um processo operatorio que se tornou quasi classico. Qualquer, porem, que seja o processo seguido, o successo operatorio dependerá sempre da minucia do operador, mesmo nos menores detalhes, não havendo outra operação em que tão urgentes sejam essas precauções, do que as da cirurgia abdominal.

Para seguirmos um certo plano faremos a exposição de algumas das varias affecções de alguns orgãos abdomínaes, os mais commummente atacados, e que constituem como qne o ponto de partida dos primeiras impulsos, feitos á cirurgia abdominal.

Nos tumores do figado ha a considerar os kystos e o abcesso, que são as affecções mais communs, e cujas indicações therapeuticas, hoje, são constituidas pela cirurgia.

Mesmo para a vesicula baliar, de algum tempo para cá, tem sido empregado o tratamento cirurgico para os seus tumores mais frequentes. Foi J. L. Petit quem, adiantando-se á sua epocha, aconselhou abrir directamente o abdomen e ir até a vesicula biliar desde que tivessemos a certeza de que houvessem adherencias entre esta e a parede abdominal. Tillaux acconselha tambem, que em um doente sujeito a colicas hepaticas frequentes e violentas, tendo resistido aos meios ordinarios de tratamento, a cirurgia pode intervir, ainda mesmo que não apresente-se tumor algum apreciavel á vista na região. Nos casos de obstrucção completa do canal choledoco, em que a vida do doente acha-se ameaçada de um termo funesto em um curto espaço de tempo, a intervenção cirurgica urgente encontra bases para a sua proposta e execução.

Tumores do estomago.—Só ha alguns annos para cá é que a cirurgia do estomago tem sido effectuada em maior escala. Os resultados operatorios obtidos, pouco satisfactorios como tem sido, não compensam de forma alguma a ousada tentativa de medicação d'esse orgão pelo bisturi, quando aquelle se acha affectado de um tumor, cuja natureza occupa em ordem de frequencia um dos primeiros lugares : o carcinoma.

Billroth apresentou em 1890 uma estatisca de 41 pylorectomias, accusando 19 curas e 22 mortes. O professor Dr. Montaz da Escola de Medicina de Grenoble, diz segundo sua experiencia pessoal: «um doente é tratado por um medico competente, por causa de um carcinoma do estomago; o regimen, a therapeutica, não tem dado resultados, o paciente vae perdendo as forças, vae emmagrecendo. E' preciso operar.

«Aberto o abdomen, — si o tumor é pequeno e isolavel: resecção.

«Tumor grande, adherente: gastrotomia, si a sua séde é para o lado do cardia; gastro-enterostomia, se o cardia e uma superficie do estomago estão intactos. Enterostomia, si a invasão gastrica é total e massiça.

«Emfim: a laparotomia, somente, si houver metastases.

«Não se pode, pois, dizer que a cirurgia do estomago seja brilhante, mas vale bem a da lingua».

Nas *perfurações* do estomago, que sóem succeder nas ulcerações simples d'esse orgão, ou nas do duodeno, a indicação é formal. Foi Paulo Michaux quem primeiro effectuou essa intervenção em França obtendo bom exito, depois outros como Kriege, Morse e Mac-Claren praticaram-na.

Michaux assim se exprime: «si se é chamado á tempo, a intervenção cirurgica se impõe e deve ser praticada urgentemente nas primeiras horas para prevenir e sustar a evolução da peritonite generalisada».

No *baço* os tumores mais frequentes são os kystos. A hypertrophia do orgão muito mais frequentemente observada pode á primeira vista ser tida por um tumor, no entanto essa hypertrophia só entra no dominio da cirurgia, quando ella toma o caracter de um tumor permanente em seu volume, apezar de outros tratamentos, sendo facilmente accessivel á vista e ao palpar. A splenectomia só é justificavel nas hyperthrophias simples, quando as outras visceras estiverem sãs e o sangue não contiver uma proporção muito grande de globulos brancos, e tambem quando o tumor não seja desmesuradamente grande, de forma a retirar-se do organismo quando se faz a ablação do tumor, uma tão grande quantidade de sangue, contida n'este.

Os abcessos do baço, raros na verdade e de um difficil diagnostico, pela profundidade em que se acha o orgão, são no entanto susceptiveis de uma intervenção.

Tumores dos rins.— Estes são constituidos principalmente pelos kystos, a hydronephrose, a pyelonephrite suppurada, o cancer, sarcoma etc. Qualquer d'estes tumores e principalmente os solidos, quando relativamente grandes, não sendo pois susceptiveis de serem ennucleados pela região lombar, operação que é muito menos grave que a transperitoneal feita pela região anterior do abdomen, teem de ser atacados por esta ultima via, porquanto sabe-se hoje pela observação diaria, que de um modo geral, todos estes tumores abandonados á si mesmos, accabam por occasionar accidentes que accarretam a morte. Desde que pois determinem elles phenomenos bastante serios, quer pelo seu volume, quer pela sua natureza, estamos autorisados á propor uma intervenção.

Grande epiplon.—Nos casos de tumores cancerosos ou de nodulos tuberculosos, a intervenção até hoje tem sido pouco satisfactoria. Porem, si o tumor for pequeno e bem circumscripto, e que occasione phenomenos dolorosos intensos, instando o doente em uma intervenção, encontraremos bases para a mesma. Si, porem, o tumor for kystico, a operação encontra uma indicação absoluta, desde que provoca perturbações serias na vida do doente.

Os tumores do mesenterio, muito mais difficeis de diagnosticar, apresentam pela sua séde um prognostico operatorio grave, muito mais grave que o de uma ovariotomia.

A sua gravidade operatoria está dependente das proximidades de sua implantação; referimo-nos ás proximidades dos plexos solar, celiaco, lombar etc.

A este respeito apresenta Tillaux em seu ultimo tratado de clinica cirurgica o caso de um tumor assestado sobre o plexo solar e por elle operado, caso este em que a doente veio a fallecer 48 horas depois da operação, que correu facilmente, porem, houve a producção do *shock*, o qual só terminou com a morte da paciente, referindo Tillaux que, pela autopsia, se verificou achar-se o campo operatorio ainda no mesmo esta-

do em que o deixara, parecendo que a vida tinha sido interrompida desde o momento operatorio.

Tumores do pancreas. Os mais communs são os kystos e os carcinomas, cujas indicações operatorias só devem merecer a intervenção, quando representem a expressão de phenomenos que tornem a vida impossivel ou insupportavel.

Tumores dos intestinos. Em geral os tumores assestados nas paredes intestinaes são na maioria dos casos constituidos por tecido carcinomatoso, e os signaes objectivos aqui, bem poucas vezes nos servem de base a um diagnostico exacto para uma intervenção; são os subjectivos: *dôr, alternancia* de periodos de diarrhéa e de constipação do ventre, *fézes sanguinolentas* ou *sangrentas* e o estado de cachexia especial manifestando-se em poucos mezes. N'estas condicções é á enterotomia, sómente, que recorreremos. Si, porem, quaesquer condicções houvesse, que pudessemos suspeitar de uma benignidade do tumor, estariamos nos casos de fazer a laparotomia exploradora e praticar a ablação do tumor com ou sem resecção do intestino, segundo as circumstancias.

Tumores do ovario e *para-ovario*. Os tumores que mais frequentemente são observados n'estas duas dependencias dos orgãos genitaes internos da mulher, são os kystos. Elles tem sido observados em todas as idades e em todas as condicções sociaes.

As suas differentes variedades estão sugeitas a variados desenvolvimentos, adquirindo alguns d'elles proporções de um volume extraordinariamente espantoso. A questão de variedade do kysto é de um grande valor para a indicação da intervenção. E' assim que, si o kysto for unilocular, a mulher poderá viver bastante tempo sem que sua saude geral venha á soffrer alterações muito pronunciadas, ao passo que, si o kysto for multilocular, não terá ella, em geral, mais do que tres a quatro annos de vida, vivendo alem de tudo de um modo miseravel. N'este ultimo caso pois, não é uma proposta operatoria que devemos fazer, e sim, evidenciar á doente a imposição de uma intervenção.

Alem d'essa indicação, encontramos n'essas affecções a possibilidade de factos que tornam necessaria e imperiosa a

operação, sob pena da possibilidade de apparecerem accidentes gravissimos. — Queremos fallar da *torção* do pediculo dos kystos e da *ruptura* de suas paredes; no 1° caso, sobrevem em geral a gangrena do kysto e consequentemente a morte da doente ; no 2° caso é frequente estabelecer-se uma peritonite, devida ao extravasamento do conteudo no peritoneo.

Outra questão que commummente ainda mais favoravel torna o acto e prognostico operatorios, vem a ser a existencia de um *pediculo*, facilitando muito mais a operação, mormente si o tumor estiver *livre* de adherencias. O emprehendimento de uma intervenção em taes cricumstancias, torna-se por isso mesmo mais favorecido, e a indicação, se bem que não seja reforçada, tambem em nada perdeu de seu valor. O mesmo não acontecerá, quando o tumor não tiver pediculo, ou então, estando adherente às partes profundas (adherencias pelvicas); casos em que as difficuldades e prognostico operatorios augmentam de gravidade, ao passo que a indicação torna-se tambem maior, em vista dos embaraços e perturbações que occasionam essas condicções, além das ulteriores terminações pelas quaes pode passar (ruptura, inflammação, purulencia etc.).

Tumores do utero. Nesse orgão é frequente encontrar-se tumores de natureza fibromyomatosa, chamados tambem somente fibromas, avaliando alguns autores que a sua frequencia esteja na razão de 20 por cento, e outros na de 40 por cento.

Emquanto de volume pequeno, elles não determinam phenomenos que repercutam seriamente sobre a saude em geral, e os autores referem ter encontrado fibromas em doentes que jámais suspeitaram a sua existencia.

Este facto, pois, vem em apoio á opinião nossa de que, para a indicação de uma intervenção cirurgica em presença de um fibroma, deveremos attender ao seu *volume* ou desenvolvimento, aos phenomenos para cuja determinação elles concorrem como causa, manifestando-se alterações graves da saude da paciente, que muitas vezes instantemente vem solicitar-nos uma intervenção. Estes phenomenos são as *hemorrhagias*, as

compressões e embaraços ao funccionamento de outros orgãos, além da dôr, que não raro é observada em taes affecções.

O cirurgião, pois, só deverá pensar em uma intervenção quando, apoz a improficuidade de outros meios therapeuticos, a vida da mulher estiver seriamente ameaçada ou de todo tornar-se-lhe insupportavel.

Outra circumstancia que nos fará corroborar nas mesmas idéas, no referente á indicação operatoria em taes casos, vem a ser a *idade* da paciente, porquanto, apôs os 50 annos, a atrophia que se processa no utero pela morte funccional do mesmo, accarreta comsigo a atrophia do tumor, de sorte que, nestas circumstancias, tratando-se de uma doente ainda joven, não poderemos contar com esse processo de retrogradação, constituindo a intervenção, o unico meio mais efficaz para a cura da paciente.

O volume do tumor, a sua mobilidade perfeita no interior do abdomen, são outras tantas condicções que, juntas ás de cima, indicam a ablação pela via abdominal.

A impossibilidade absoluta em effectuar-se o parto em certas e determinadas condições, constitue uma formal indicação á laparotomia, seguida da hysterotomia, que constituem propriamente a chamada — operação cesareana.

Estas indicações provêm geralmente das condições da parturiente, porquanto as que provêm do feto (volume exagerado do feto, monstros, apresentações e posições viciosas) não são mais acceitas hoje e em taes casos deve-se recorrer ou ao parto artificial, ou ao provocado, ou á symphiseotomia, ou á embryotomia.

As indicações maternas podem ser *in vitam* ou *post mortem.*

Si uma parturiente ou gestante vem a fallecer repentinamente nos ultimos momentos da prenhez, e o feto continua ainda á sobreviver-lhe por algum tempo, ainda mesmo que muito curto, e si pela auscultação nós constatarmos esta sobrevivencia, ainda mesmo não havendo um embaraço no canal pelvi-genital, deveremos intervir para salvar o feto.

In vitam a indicação da extracção do feto pela laparohysterotomia encontra bases de apoio na presença de tumores

assestados na propria bacia ou nos tecidos dos orgãos que a revestem interiormente, apresentando esses tumores volume e condições que impeçam o percurso do feto pela gotteira pelvi-genital.

Ainda nos casos de ruptura uterina, motivada por uma causa qualquer, casos em que o feto ou cahe no interior da cavidade abdominal, ou fica retido e preso pela solução de continuidade da parede uterina,não tendo-se dado ainda n'estes casos a dilatação sufficiente do collo, a intervenção se impõe. Si já houver a dilatação completa do collo comprehende-se que será preferivel procurar extrahir o feto pelas vias naturaes; isto, porém, nos casos em que não haja hemorrhagia a qual muitas vezes não cede ao tamponamento, sendo então preciso recorrer-se á laparotomia.

Os vicios de nutrição dos ossos, constituindo os casos de bacias viciadas pelo rachitismo, osteomalacia, parada de desenvolvimento, quando muito accentuados, tornando impossivel extrahir-se o feto vivo, ou morto,ou mutilado, pelas vias naturaes, nos fornecem as indicações de uma intervenção.

Em todos estes casos que temos considerado, fallamos sempre da prenhez topica com o feto vivo, e uma só vez com o feto morto.

Nas prenheses ectopicas, que pódem ser tubarica, ovarica e abdominal, quando desde os primeiros tres mezes, parece impor-se um tal diagnostico, a verdadeira conducta á seguir é: ablação do kysto fetal pela laparotomia, por quanto, segundo Woerth, a prenhez extra-uterina deve ser considerada como um tumor maligno, por causa da gravidade do prognostico para o feto, assim como a do prognostico feito para a gestante, a qual por esse facto — prenhez ectopica — corre perigo em seus dias. Si porem, a gestação estiver já quasi em seu termo, claro é que a unica solução para a salvação do féto será a abertura do *kysto* e extracção do féto. No caso do féto constituir um lithopedion e que este seja bem supportado pela paciente, como sóe acontecer, a medicação expectante é a melhor; em caso contrario, tratal-o-hemos pela ablação, como qualquer outro kysto de ovario.

Em resumo, em todos estes casos de que temos tratado, o embaraço ao trabalho completo do parto sendo absoluto, e havendo a constatação diagnostica de uma gestação já quasi á termo, ou já em trabalho iniciante, claro é que a laparotomia seguida da extracção do feto se impõe, dependendo d'essa intervenção a vida do feto, tanto mais quanto o nosso dever como parteiro é velar pela vida tanto da parturiente como da criança, e portanto deve ser proposta a operação cesareana. Em taes circumstancias, comprehende-se que é dever nosso fazer a exposição completa dos perigos, aos quaes a paciente terá de ficar sugeita, quer devidos á intervenção, quer os devidos ao seguimento do curso da gestação.

As trompas de Fallope tambem podem ser a séde de tumores como sejam, os kystos, as vezes volumosos e cujas indicações são as dos kystos desenvolvidos em quaesquer outros orgãos.

Aqui tambem pode processar-se a prenhez ectopica (tubarica) da qual já fallamos.

Contra-indicações

Podemos dizer de um modo generico que todas as contra-indicações são tiradas das condições do paciente e das propriedades da affecção.

Umas e outras condições podem influenciar-se reciprocamente, modificando-se, ora concorrendo para mais, isto é, augmentando o valor da condição referente á affecção ou ao individuo, ora subtrahindo ou diminuindo as maneiras de manifestações de certas propriedades do organismo. E' assim que, a idade infantil é menos sujeita ao shock do que a idade adulta, e entre os individuos d'esta classe, são os que trabalham mais com o cerebro, os que estão mais sujeitos ao shock pelos grandes traumatismos.

São pois as contra-indicações fornecidas principalmente

pelo estado geral do paciente, ou particular do mesmo, e as outras são inherentes á propria affecção.

Faremos uma rapida exposição de algumas principaes, começando pelas :

Contra-indicações tiradas do estado geral, independente da lesão, ou affecção.—Neste particular, precisamos attender á *constituição* do terreno em que vamos operar, porquanto ninguem hoje ignora, conforme estabeleceu Verneuil e seus discipulos, qual a influencia que exercem os estados constitucionaes sobre a reacção individual d'aquelle que tem de sugeitar-se a uma operação.

Assim : um brightico, um diabetico tem de ser operado. No albuminurico, dada uma infecção septica, esta pode revestir, como é commum acontecer, um caracter de extrema gravidade ; no diabetico as resistencias organicas reaccionarias estão muito enfraquecidas, facilitando assim a decadencia do organismo, pela victoria do elemento pathogenico. Não é só contra os germens infectuosos que nossos esforços devem voltar-se, mas, tambem para o terreno, o organismo.

E'. necessario antes de fazer-se uma intervenção, que se procure estabelecer a quota das resistencias organicas do paciente : procurar-se-ha fazer baixar a glycemia do diabetico, assim como a albumina do brightico, por um tratamento apropriado.

Da mesma forma a baixa da excreção da uréa deve ser notada, senão, comquanto ella não constitua uma contra-indicação operatoria absoluta, no entanto constitue um indicio de prognostico desfavoravel.

Outras contra-indicações d'este grupo nos são fornecidas pelos estados discrasicos do sangue, constituindo as varias *anemias*, produzidas por causas outras que não as da propria affecção.

As contra-indicações tiradas do estado geral do individuo e dependentes da propria affecção ou lesão, nos são fornecidas pelo estado de collapsus, a cachexia, o shock traumatico, a hypothermia, o estado do pulso etc. E' assim que um doente em estado de collapsus por certo que não supportará um

abalo tão consideravel como seja um tal acto operatorio. O estado de cachexia produzido pela affecção, denotando-nos que já existe um pronunciado maximum de predominancia do elemento morbido, revela-nos que uma tentativa operatoria em taes casos, terá muitas probabilidades á favor do mau exito operatorio. O estado de shock traumatico em que se acha o individuo após os grandes traumatismos, indica-nos que esse organismo se acha sob a influencia de uma acção inhibitoria dos centros de innervação cardiaca, respiratoria, vascular e calorifica, cuja causa foram as excitações periphericas. Ora, em taes casos, a intervenção operatoria irá ainda tornar mais pronunciado um tal estado e portanto aggravar ainda mais a situação. A hypothermia e o estado do pulso, tendo em conta as differenças particulares de cada individuo, tambem constituem base para contra-indicações.

Assim a temperatura do paciente sendo inferior á 35,5 a contra-indicação será formal, porquanto o paciente está votado a um desfecho fatal. Quanto ao pulso, podemos dizer que si elle representar um pulso fetal, sendo em um individuo adulto, as probabilidades todas abundam para o lado da morte.

Ainda outras condicções existem que podem antepor-se á determinação operatoria e são as contra-indicações devidas á um *estado particular* de um individuo, como sejam: a *idade*, a concommittancia de *lesões graves* em outros orgãos ou visceras, (pulmão, figado, coração, etc.) lesões estas que, quando muito adiantadas, constituem por si sós contra-indicações formaes.

Quanto á idade, sabemos que ao começar a velhice, epocha em que já o organismo depauperado e gasto, offerecendo um quasi estado de molestia, não possuindo mais as mesmas forças regenerativas, porque ahi as despezas são maiores que as receitas, uma intervenção operatoria será uma causa concurrente para o descahimento do total organico.

E' nesse periodo da vida em que, pelo uso extremo e repetido, outras vezes exagerado de suas arterias, que estas, mais ou menos alteradas em sua textura outr'ora resistente, entravando mais e mais as necessidades vitaes, forçam o centro circulatorio a hipertrophiar, degenerar-se mesmo,

concorrendo junctamente com a affecção para o desabamento do equilibrio vital. Uma intervenção, em um individuo em taes condições, jamais poderá contar com a mesma inocuidade operatoria que a que é logico esperar-se, da em um individuo cuja receita seja igual á despeza.

A coexistencia de lesões adiantadas nos pulmões, aneurysmas da aorta, lesões do coração, a cirrhose pelo alcoolismo, etc., emfim qualquer lesão organica, cuja consequencia retracte-se em uma deficiencia funccional, reflectida pela queda das forças vitaes, são outros tantos pontos de apoio em que devemos basear-nos para suspender todo o proposito operatorio.

Outros motivos existem que sendo muitas vezes insuperaveis por qualquer circumstancia que seja, representam o papel de uma verdadeira contra-indicação e vem a ser a *opposição formal* e cathegorica do doente á operação. Claro é que referimo-nos aos casos em que o paciente está no perfeito gozo de suas faculdades, respondendo com criterio e discernindo, perfeitamente bem, não estando pois, em um estado psychico anormal.

Nas condições dependentes da propria affecção, iremos encontrar contra-indicações na *natureza, séde* e *grão de desenvolvimento* ou *intensidade* com que se manifesta a lesão.

E' assim que, quanto á natureza da affecção bastará referir-mo-nos ás neoformações carcinomatosas, que rapida e facilmente propagam-se, invadindo mesmo por contiguidade a todos os tecidos e orgãos, trazendo no fim de pouco tempo a cachexia do paciente. Constituem essas affecções entidades morbidas, cujo resultado operatorio poderá ser palliativo, mas, nunca curativo. Quanto á este ultimo ponto, autores ha, que referem casos de cura de carcinomas pela ablação, porem, que outros attribuem taes resultados á erros de diagnostico, á respeito da natureza da affecção.

A *séde* da lesão e o seu *gráu de desenvolvimento* ou a *intensidade* com que se acha dotada a morbidez, tambem influirão, modificando e annullando muita vez toda e qualquer intensão ou proposito intervencionistas.

Quanto á séde da lesão, é para notar-se que, quanto mais rica em filetes nervosos do grande sympathico fôr a região

em que se tiver de operar, tanto maior gravidade apresentará o acto operatorio. Assim os traumatismos quer accidentaes, quer operatorios do tubo gastro-intestinal,sobem de gravidade, a proporção que a parte lesada se approxima do chamado *cerebro abdominal*, isto é, o plexo solar.

São as irritações produzidas pelo trauma sobre esses filetes nervosos, que trazendo a inhibição d'esse centro, determinam a sua paralysia, e portanto a parada em seu funccionamento que se traduz exteriormente pelo shock traumatico, produzindo as mais das vezes a morte do paciente.

Assim pois, recapitulando em rapidas palavras a ordem seguida nas indicações,teremos :

Nas contusões graves abdominaes as contra-indicações de uma intervenção operatoria nos serão fornecidas pelo estado geral do doente ; hypothermia (abaixo de 35°,5), estado syncopal, algidez extrema, pulso miseravel etc.

Nos ferimentos complicados de interessamento possivel de alguma viscera, nos casos em que pelo estado geral do doente, essa penetração não se traduza á nossa vista, por phenomenos insolitos, como os phenomenos de collapsus, hemorrhagia interna etc., a abstenção, em vista da impossibilidade em que muitas vezes nos achamos em promptamente estabelecer um diagnostico preciso, deverá ser a conducta do operador.

Qnanto ás contra-indicações da laparotomia, nos casos de embaraço mechanico ao funccionamento de certos orgãos, ellas são fornecidas na maioria dos casos pelo estado geral do doente, dependente da propria affecção, e motivado pelo espaço de tempo decorrido, desde que manifestou-se, até o momento em que phenomenos morbidos insolitos se declaram indicando já a profunda alteração operada nesse organismo.

Quanto á terceira ordem divisoria, a das producções pathologicas e inflammatorias,as suas contra-indicações operatorias são variadissimas, sobresahindo entre ellas as dependentes da *natureza*, da *séde* e *gráu de adiantamento*, estando em uma mesma plana as contra-indicações fornecidas *pelo estado geral*, *idade* etc., do paciente.

Em summa as contra-indicações, mais ainda do que as indicações, precisam, da parte do operador, uma observação

experimentada, adquirida na practica constante e reiterada de variadissimos casos clinicos, tornando-se por essas razões, de extrema difficuldade o seu estabelecimento de um modo satisfactorio e cabal.

Difficuldades do diagnostico

Uma das questões que deve pesar em nosso animo, no emprehendimento de uma intervenção operatoria e que com grande frequencia, si não nos torna de todo abstencionistas, pelo menos nos faz demorar a operação, protelando-a para dias subsequentes, vem a ser a difficuldade que encontramos nos dados fornecidos, quer pelo doente, quer pela affecção, para o estabelecimento de um diagnostico preciso.

Esta questão do diagnostico, aqui, como em toda a medicina, representa um papel salientissimo e bem poderiamos, imitando a phrase de um illustre professor que disse que a medicina é a sciencia do diagnostico, dizer tambem que o diagnostico preciso em cirurgia abdominal, é meia operação effectuada.

Como vimos foram erros de diagnostico que levaram varias vezes os cirurgiões a emprehender operações até então nunca feitas, tidas e reputadas inexequiveis. E não se diga que foram operadores vulgares e sim dos da tempera de Spencer Wells, E. Getans, de Faenza e outros.

Spencer Wells refere que em 13 operações de hydronephrose não conseguio fazer o diagnostico senão 2 vezes, e Simon só uma vez em 11 casos, sendo que os outros dez foram capitulados como kystos do ovario.

Esta deficiencia de diagnose perfeita e segura, motivada quer pela falta de conhecimentos exactos sobre a anatomia e physiologia do grande centro splanchnico, suas funcções, relações e modos de reacção, etc., quer pela constatação, *post mortem* das lesões encontradas nos differentes orgãos e systemas abdominaes e suas respectivas relações symptomaticas

com as perturbações observadas *in vitam*, etc., muito concorre para que as intervenções abdominaes ainda sejam muito impugnadas, como causa efficiente dos resultados desfavoraveis, obtidos nas diversas intervenções.

Não pretendemos affirmar dogmaticamente, nem muito menos demonstrar que as laparotomias exploradoras ou curativas, sejam operações inocuas e comparaveis a uma simples dilatação de um abcesso sub-cutaneo. Não.

Bem longe de nós tal intento. Porém, o que nos propomos expender do melhor modo que nos for possivel, é que, quando tivermos de fazer uma intervenção abdominal, para que possamos contar com o maior numero de probabilidades á favor de um resultado satisfactorio, precisamos dispor de varias condições, entre as quaes figura em grande parte a precisão do diagnostico. Ora, sendo justamente esta condição aquella que fizemos constituir a 5ª parte de nosso trabalho, pretendemos, ennunciando algumas d'ellas de um modo geral, fazer resahir d'esta nossa exposição a verdade da nossa proposição acima.

Procuraremos pois realçar as difficuldades encontradas para a realisação do diagnostico preciso, de cujo estabelecimento dependerá a nossa intervenção ou abstenção.

Esta questão de intervenção ou abstenção sobrepuja sobre todas as outras, no concernente ás contusões e feridas penetrantes do abdomen.

Nas contusões abdominaes, muitas vezes não podemos avaliar bem ao certo pela apparencia com que se apresentam, quer o doente, quer o aspecto das paredes abdominaes, qual a intensidade e gravidade das lesões internas occasionadas.

E' este um dos pontos, em que sómente a observação acurada e a longa pratica podem nos servir de grande apoio em nossa determinação, notando-se, porém, que innumeras são as vezes em que, ainda assim, ver-nos-hemos seriamente embaraçados.

Nas feridas penetrantes abdominaes, nem sempre é facil reconhecer e precisar-se perfeitamente, si houve ou não interessamento visceral, além de que a determinação de qual o ponto de um orgão attingido pelo instrumento, vem concorrer para essa difficuldade, mórmente si lembrarmo-nos da extrema

mobilidade do intestino que póde furtar-se ao instrumento vulnerante. Nos casos de penetração, como reconhecer o numero de lesões operadas pelo instrumento vulnerante, (faca, bala, bagos de chumbo, etc.)?

Si passarmos para as affecções não traumaticas, provenientes de agentes exteriores, e sim de affecções tambem de causa mechanica cujo factor póde ser variadissimo? Queremos fallar da occlusão intestinal. Veremos então que n'estes casos, a difficuldade do diagnostico preciso da séde, o que para muitos medicos constitue um argumento valioso para a opposição á intervenção, é na verdade um facto, e que muitas vezes concorre para a funesta consequencia, a morte, motivada pela impossibilidade em que nos achamos em estabelecer o diagnostico, para assim podermos intervir de um modo consciencioso, salutar e benefico, ou então para abstermo-nos completamente, reconhecendo a improficuidade completa de uma intervenção, si por acaso tivessemos de fazel-a.

Quer a peritonite, quer o estrangulamento interno, apresentam ambas estas affecções, dadas certas circumstancias, symptomas que podem fazer-nos capitular tratar-se de uma, quando em verdade trata-se da outra, e vice-versa.

Emfim, são tantas e tão variadas as condições em que um operador se vê perplexo em precisar o seu diagnostico, que seriamos levados muito além das nossas forças, si tivessemos a intenção de vir discutir aqui cada um caso de per si.

No emtanto, para mais evidenciar o nosso intuito :—adduzir alguma copia de casos para argumento de nosso capitulo presente, — para isso, vamos passar desde já ao que se refere ás difficuldades encontradas na apreciação de cada caso referente aos tumores abdominaes.

O diagnostico da existencia de um tumor abdominal apresenta muitas vezes difficuldades muito serias, tornando-se não raro impossivel, e acarretando esse facto consequencias cujo alcance não nos é dado aquilatar.

No que diz respeito aos tumores, as causas de erro são, como já tivemos occasião de referir, innumeras, e esses erros foram que levaram os cirurgiões a operarem, julgando tra-

tar-se de uma affecção e só verificarem o seu engano depois de aberto o abdomen.

O primeiro ponto que se nos apresenta é saber si um tumor está contido na cavidade e dependente de orgãos internos, ou si é dependente da parede abdominal. Si o individuo é gordo e o tumor desenvolveu-se na parede abdominal, a gordura dissimulará os contornos do tumor e o palpar não constatará perfeitamente seus caracteres; si o individuo é magro, a saliencia feita pelo tumor, embora cavitario, poderá parecer parietal, caso haja adherencias entre elle e a parede, perdendo-se assim um dos caracteres differenciaes entre o tumor cavitario e o parietal: — a mobilidade do tumor, acompanhando os movimentos respiratorios —; além de que, poderá ser um tumor do epiploon, ou do rim, etc., os quaes não seguem os movimentos respiratorios. E, n'estes casos ainda, em que mandando-se o doente fazer a tensão das paredes abdominaes, poder-se-ha dizer si o tumor está ou não no meio do trama muscular do abdomen, pelo desapparecimento completo ou não do tumor, durante a rigeza das paredes; esta exploração nada evidenciará, si o tumor for parietal e desenvolvido na camada cellular sub-peritoneal da parede.

O que vimos de dizer é referente apenas aos tumores que occupam uma parte limitada da parede abdominal, porquanto, quando o tumor occupa toda ou quasi toda a cavidade abdominal, o diognostico impõe-se por tal fórma, que nem nos lembramos da possibilidade de ser parietal.

Supponhamos que o nosso exame levou-nos á diagnose de um tumor cavitario.

O ponto de partida d'esse tumor, isto é, a sua séde, precisa ser determinada, e, si na grande maioria dos casos, d'ahi nós tiramos bases para reconhecer o seu ponto de partida, como seja suppor-se do figado um tumor assestado no hypocondrio direito, do estomago, os da região epigastrica, etc., etc.; no emtanto, muitas vezes, condições ha, que perturbam completamente o estabelecimento de um diagnostico. Assim, a percussão feita descendentemente da região lateral do thorax até a superficie do tumor, tendo nos denotado a interposição de uma zona sonora, entre a zona do matidez hepatica e a zona

de matidez do tumor, não é por si só capaz e sufficiente de constituir uma plena certeza de que o tumor não seja do figado, porquanto, este tumor póde ser dependente da face inferior do figado e achar-se coberto por alguma alça intestinal.

As mesmas considerações poderiamos fazer aos tumores da vesicula biliar, quanto á differenciação com os tumores de origem hepatica, porém, quando encontramos um tumor na região da vesicula biliar, acompanhado de reacção inflammatoria, constatando-se rubor e œdema, dores violentas, arripios, febre, etc.; de que processo se tratará? Será um abcesso de figado, uma cholecystite, um kysto hydatico inflammado, ou simplesmente um phlegmão profundo da parede abdominal?

Sómente com os dados fornecidos na occasião não poderemos nos pronunciar de um modo cathegorico, e mesmo baseados na marcha dos accidentes e no anterior estado geral da saude do doente, não poderemos obter senão presumpções. Si o tumor tiver um volume exagerado, ainda mais difficil será o diagnostico da natureza da affecção, a menos que não tenha apresentado algum signal pathognomonico (fremito hydatico, phenomenos de cholemia).

N'estes casos, o cirurgião só póde fazer conjecturas e só pela laparotomia é que o diagnostico poderá ser feito.

No estomago, a grande maioria das vezes quando ha a existencia de um tumor, este é, em geral, um carcinoma, porém, como a séde do tumor póde ser na parede posterior do orgão, haverá muitas vezes difficuldade em diagnosticar-se logo a sua natureza, differençando-o da ulcera simples. Nestes casos ainda de tumor gastrico, si o tumor acha-se perto do figado, com o qual contrahio adherencias, como precisar bem a sua séde ou nucleo de formação e propagação; si for proximo ao figado ou for originario d'este orgão; ou então, si elle já existia no colon transverso, tendo estabelecido adherencias com o estomago, quaes os caracteres que podem evidenciar bem a sua séde verdadeira?

A perda de alguns dos caracteres do tumor, como sejam a mobilidade, a facil delimitação, etc., pela invasão a outros

orgãos reunida a outros estados do doente, como sejam: a adipose, a dor extrema, etc., ainda podem apparecer e assim concorrer para maior obscuridade do diagnostico, o qual, nos casos em que o tumor não seja perfeitamente accessivel e delimitavel, ficará pendente entre um cancer, uma gastralgia e uma ulcera simples.

A determinação exacta, tanto quanto possivel, da séde de um neoplasma ou affecção, é de grande interesse para o cirurgião, para o caso em que pretenda intervir, porquanto a operação não é justificavel senão em certas condições. Já não é pequena audacia da cirurgia moderna, o ter ousado o emprego do bisturi no estomago, fazendo lhe a resecção. A séde do tumor no pyloro, a mobilidade, a circumscripção, isolabilidade, etc. permittem uma intervenção, que seria inacceitavel, si localisado em certos pontos, ou então si a invasão do orgão já fosse extensa.

Nos tumores do hypochondrio esquerdo a primeira idéa que resalta ao nosso espirito, é que se trata de um tumor dependente do baço, porém, pela proximidade em que está este orgão com o rim, o clinico hesitará muitas vezes em affirmar qual dos dois é o que se acha affectado. Aqui ainda é mais complicado o diagnostico, porquanto sabemos que tumores desenvolvidos em orgãos mais afastados ainda, como sejam: ovarios, paraovario, etc. podem pelo enorme desenvolvimento attingido perturbar extraordinariamente a apreciação exacta dos caracteres distinctivos, mórmente si o tumor não sendo splenico, houver contrahido adherencias com o baço, embaraçando assim o diagnostico, ou então sendo do baço, tiver contrahido adherencias que não permittam a sua mobilisação.

Si pela *fórma* do tumor muitas vezes podemos quasi affiançar de que se trata de um tumor splenico, muitas vezes tambem ella de nada vale, como é facil de comprehender-se. A existencia de uma zona sonora entre o tumor e a parede abdominal, nos indicará em geral que se trata de um tumor do rim, mas, si o tumor for desenvolvido na parte mais interna e posterior do baço, o tumor recalcará para a parte anterior o intestino, que interposto ahi, dará esse signal. N'estas condições, só os signaes tirados da funcção renal, ou o estado de

leucemia, a presença do palludismo nos anamnesticos, etc., é que poderão fornecer-nos dados mais seguros, os quaes podem ainda não merecer toda a nossa confiança, visto como, quer pelo estado adiantado da affecção, suas adherencias possiveis, suas invasões á outros orgãos, quer a concommittancia de lesões outras, em outros orgãos podem tambem concorrer para o obscurecimento do diagnostico.

A's vezes essas difficuldades attingem tal incremento, que tornam-se insuperaveis, facilitando assim a phrase de alguns operadores, já citada, por nós—operemos e então veremos o que teremos a fazer.

Os abcessos do baço, felizmente mui raros, abandonados a si mesmos, são quasi que fatalmente mortaes e d'ahi a necessidade de uma intervenção urgente e prompta, porém, é aqui um dos casos em que os elementos do diagnostico confundem-se com outras affecções, como sejam a perisplenite suppurada, os derrames pleuriticos da base do pulmão esquerdo, ou então que a collecção purulenta splenica tenha repellido para cima o pulmão e diaphragma.

Quando os kystos do baço, tendo adquirido um volume extraordinario, de forma á ter invadido todas as partes do abdomen, o diagnostico da séde do tumor torna-se ainda bem mais difficil, porquanto a estas difficuldades ajuntam-se as que provem dos kystos do ovario, no caso de tratar-se de uma mulher. Só a referencia dada pela doente, da marcha do desenvolvimento é quem poderá fornecer-nos não signaes pathognomonicos da séde do tumor, mas, presumpções bastante fortes, para dizermos a sua proveniencia ou séde primitiva.

Na cirurgia renal está em primeiro lugar como condição para o diagnostico a região da *séde* do tumor, porquanto na maioria dos casos os individuos affectados, quasi nunca apresentam-se ao consultorio de um clinico, quando já o tumor tenha tomado desenvolvimento tal, que abranja quasi toda a cavidade abdominal. Entretanto, nos casos de rim movel, como se sabe, este é susceptivel de contrahir adherencias com outras partes circumvisinhas, fóra da sua loja normal e simular perfeitamente a existencia de um tumor. N'essas condições não

existem perturbações nas funcções do rim, e a palpação sendo difficilima e muitas vezes impossivel, não temos dados precisos e seguros para estabelecer o nosso diagnostico. Tillaux cita o caso de uma mulher que lhe foi mandada, como tendo um rim movel, e que elle poude verificar ser um tumor sub-peritoneal. Spencer Wells refere o caso de uma adherencia ovarica acima do rim, a qual durante 30 annos elle diagnosticára um rim movel. São estes casos verdadeiras surprezas que, de forma alguma invalidam a necessidade de formular-se um diagnostico preciso, porquanto não passam esses casos, de excepções.

Nos kystos renaes, a presença de uma zona de sonoridade constituindo um signal quasi pathognomonico de que esse orgão está affectado, no entanto apesar d'isso, ainda poderemos hesitar entre um kysto do rim, do pancreas, do mesenterio, das cavidades posteriores do epiploon, da parte da face inferior do figado situada para traz do epiploon gastro-hepatico, da parte da face interna do baço situado para traz do epiploon gastro-splenico.

Essa hesitação será tanto mais natural, quanto mais mobilisavel for o tumor, como referiu Bœckel em um caso, no qual havia um kysto hydatico desenvolvido em um rim movel, podendo o tumor ser levado de um para outro lado da cavidade abdominal. Em taes casos é bem difficil furtar-mo-nos a supposição de que se trata de um tumor mesenterico, ou epiploico.

O estabelecimento do diagnostico de uma hydronephrose tambem apresenta, como tantas outras affecções, uma difficuldade assaz grande. Pela *fórma* do tumor que em geral é mais alongada que redonda, nem sempre o poderemos estabelecer. Sómente pela analyse do conteudo liquido, extrahido pela puncção exploradora é que poderemos fazel-o, convindo dizer, que, n'estes ultimos tempos, pesquizas recentes parecem affirmar que a uréa ahi existente, acaba por desapparecer, de sorte que falsearia para o diagnostico o resultado, que d'aquella se esperasse.

A difficuldade a esse respeito ainda será maior, si a hydronephrose tiver se desenvolvido lenta e insidiosamente, sem

producção de dor, nem perturbação da funcção ourinaria, conservando-se permanente a oblitração do uretere.

Si pela puncção, em geral podemos estabelecer o diagnostico, outras vezes, encontrando um liquido purulento, isto far-nos-hia pensar em uma pyelo-nephite suppurada, que nenhum inconveniente apresentaria quanto ao tratamento, pois que em ambos os casos é sensivelmente o mesmo.

Si o tumor é solido, este, podendo ser um cancer, os signaes differenciaes entre o cancer em começo e a lithiase renal, será difficil, porquanto quer em um caso, quer em outro, existem dores, hematuria, perturbações da micção, alem de que no rim canceroso encontra-se não raramente a formação de calculos, de forma que a confusão se estabelece entre as duas affecções. Com o progresso da affecção cancerosa, o diagnostico d'esta pode ser feito mais facilmente.

Poderá uma collecção liquida enkystada, e assestada na região media do abdomen ser facilmente reconhecida como dependente do epiploon, ou da cavidade peritoneal, ou da camada sub-peritoneal da parede, quando estiver immobilisada? Por certo que não, não havendo ahi nenhum signal objectivo, que nos permitta estabelecer o ponto de partida de seu desenvolvimento.

Da mesma forma; como distinguir um tumor, desenvolvido primitivamente no epiploon e attingindo grandes proporções, invadindo depois a outras regiões e em particular a bacia, ou vice-versa, contrahindo tambem adherencias com os orgãos com os quaes se põe em contiguidade? Lembremos aqui, que estas adherencias secundarias podem levar-nos a julgar ser esse tumor dependente de um orgão, quando aquelle não tem nenhuma relação de dependencia com este ou aquelle orgão e sim, apenas pelas adherencias formadas posteriormente.

Os tumores do mesenterio, tendo adquirido um volume extraordinario, são de difficil diagnose bem precisa, porquanto faltar-nos-hão aqui muitos signaes para bem estabelecel-a: é sobretudo quanto aos kystos do ovario que devemos estabelecer o diagnostico.

Nos tumores de pequeno desenvolvimento, a presença da interposição de uma zona sonora entre o tumor e a parede

abdominal, poderá confundil-o como dependente do rim, mormente si houver adherencias que o tornem immovel em um dos flancos, coincidindo tambem com uma certa integridade funccional da uropoiese.

Assim como a séde, tambem difficil o é, estabelecer-se a natureza do tumor. De todos elles, porem, são os kystos aquelles que mais facilmente podem ser reconhecidos, mas, n'estes casos mesmo, supponhamos a existencia de um kysto cujo conteúdo tenha uma consistencia cremosa, e ver-nos-hemos assaz embaraçados.

Estas circumstancias, e outras mais, concorrem para que a maior parte dos tumores mesentericos tenham sido operados sem diagnostico previo da séde, e será este facto inevitavel, ainda por muito tempo. Alem d'isto, o prognostico d'estas operações sobre o mesenterio é dos mais graves, muito mais grave ainda do que o da ovariotomia. A difficuldade do diagnostico quando o tumor está muito desenvolvido, o estado do doente, a intensidade das dôres e as perturbações physiologicas, são outras tantas condições, que terão de ser attendidas em nosso raciocinio, além da séde e natureza do tumor, que em linha de conta estão em primeiro lugar.

Em maior estreiteza de relações quanto á difficuldade do diagnostico bem como quanto á gravidade do prognostico, estão os tumores desenvolvidos, na cavidade posterior dos epiploons, isto é, aquelles situados para traz do colon transverso, por diante do rachis, nas immediações do tronco celiaco e do plexo solar. Esta ultima condição, a proximidade do plexo solar, parece dar aos tumores ahi desenvolvidos um caracter todo especial, cujas manifestações symptomaticas podem offerecer as modalidades as mais variaveis, sobresahindo entre todas a intensidade dos symptomas de que se queixa o doente e a extrema gravidade operatoria.

Essa intensidade dos symptomas, dores ou perturbações de qualquer natureza, que acabrunham o paciente, é na verdade, devida á acção exercida pelo tumor sobre o plexo solar, esse cerebro abdominal dos antigos, centro de vida vegetativa.

Já tivemos occasião de referir-nos ao rim movel, o qual, pelo seu deslocamento pode produzir tracções nos ramos

d'esse plexo, explicando-nos por essa forma, a determinação de taes phenomenos, porem, cujas condições anatomicas de producão, não podemos attingir. Uma operação praticada em um tumor ahi assestado, ou adherente a esse plexo, apresenta condições especialissimas quanto a sua gravidade. Para exemplo basta referirmos aqui o caso apresentado pelo Professor Tillaux, em que a ablação de um tumor assestado sobre esse plexo determinou a producão de um shock, do qual a doente não mais voltou, fallecendo 48 horas apóz o acto operatorio, e sendo constatada, pela autopsia a perfeita inalterabilidade dos tecidos circumvisinhos à operação, tal qual como estava após terminada a operação.

Os tumores do pancreas apresentam como os do mesenterio perturbações physiologicas quasi identicas, e, após um certo desenvolvimento adquirido, apparecem perturbações graves que ameaçam a vida do doente. A difficuldade diagnostica cresce de ponto, quanto nós sabemos que, adherencias podendo estabelecer-se entre um tumor de um outro orgão e o pancreas, podem estas determinar phenomenos identicos aos que seriam produzidos, si fosse o tumor desenvolvido no proprio pancreas. A stearrhéa que em geral caracterisa uma affecção pancreatica, não nos poderia servir de base, para estabelecer o diagnostico de tumor pancreatico, porquanto seria muito arriscada uma tal affirmação.

Os tumores intestinaes, quanto ao que se refere ao seu diagnostico, apresentam como occupando o primeiro lugar, os signaes subjectivos, os quaes muitas vezes adquirem tal importancia que por si sós, na ausencia de todo e qualquer signal objectivo, podem levar-nos ao seu diagnostico. Esses signaes constituidos pela dor, muitas vezes intensa, e sob a forma de colicas, isto é, intermittentes, as alternativas de constipação e de diarrhéa, algumas vezes vomitos, abahulamento do ventre, algumas vezes feses sanguinolentas ou sangrentas etc., podem existir, sem que o tumor ou a affecção dependa do intestino, e sim de circumstancias variadissimas, taes como, adherencia de um tumor epiploico ao intestino e sua consequente occlusão ou embaraço, a coexistencia de outras affecções etc.

Nos casos de accumulo de materias fecaes, constituindo os colprolithos, estes, na grande maioria dos casos, podendo ser suspeitados pela sua séde mais habitual, e diagnosticados após pequenas difficuldades, no entanto em certos casos, como sejam a extrema dureza do componente, a producção de uma typhlite ou peritonite etc, trazendo adherencias do tumor a outros orgãos, concorrerão para difficultar o diagnostico, mormente si o paciente apresentar diarrhéa, ás vezes, abundante mesmo, afastando assim do nosso espirito a possibilidade de sua existencia.

No assumpto de que presentemente tratamos, sobresahem pela sua frequencia os tumores desenvolvidos nos orgãos genitaes internos da mulher, constituindo esses tumures uma das classes das affecções do ovario, para-ovario, utero e trompas de Fallope.

Na grande maioria dos casos, a difficuldade em diagnosticar-se um kysto do ovario é totalmente vencida ; entretanto, casos tem havido em que a diagnose entre uma ascite e um kysto tem sido de grande difficuldade, porquanto os caracteres physicos de uma e outra affecção podem apresentar-se deturpados, chegando mesmo a propria analyse chimica do conteúdo ascitico, revelar uma composição anologa á de um kysto, como succedeu ao professor Tillaux que baseado nas analyses diversas, feitas pelo competentissimo chimico Mehú, laparotomisou uma doente sua, verificando então, que se tratava de uma ascite e não de um kysto, ascite occasionada por um pequeno tumor do epiploon.

Accresce ainda como condição para a difficuldade do diagnostico o seguinte facto : nem sempre as doentes podem ou sabem referir mais ou menos exactamente de quanto tempo data a sua affecção, muitas d'ellas ignorando até, que possuisem um tumor no abdomen, quando em occasião de um exame, o medico constata a presença desse tumor.

Nos casos em que o tumor seja solido, pelo tocar bi-manual poderemos saber si elle faz corpo com o utero ou não, conforme segue ou não, um ao outro, quando se imprime movimentos ao tumor, ou ao utero.

Mas supponhamos, que o tumor que á principio era livre tenha contrahido adherencias com o utero, ou então que sendo uterino, isto é, dependente do utero, o seja porém, por meio de um pediculo alongado, facilitando até certo ponto uma maior ou menor mobilidade, parecendo assim independentes um do outro ?

Outras vezes porém, não será á um tumor que nós pretendemos chegar a diagnosticar e sim á uma prenhez. Em geral o diagnostico é facilmente conseguido em casos de prenhez ; outras vezes porém, torna-se bastante difficil e o medico vê-se perplexo, em falta de dados seguros e precisos, para colligir as bases de sua intervenção. Bastará lembrarmos a possibilidade da existencia de um hydramnios exagerado, caso em que poderemos perfeitamente julgar que se trate de um kysto ; tal é o caso em que, o mesmo professor Tillaux refere ter punccionado o utero pensando punccionar um kysto e só reconhecendo o seu erro pela contracção uterina que foi provocada e sentida atravez das paredes abdominaes, constituindo este facto — *a contracção uterina* — provocado pelo palpar um bom signal diagnostico, entre um caso de hydramnios e um kysto.

Uma peritonite enkystada, muitas vezes é confundida com um kysto do ovario, já pelas adherencias que podem estabelecer-se, já pelas faltas commettidas na anamnese pela doente, já pela qualidade do liquido extrahido, o qual no caso de ser purulento, bem pode provir de um kysto suppurado etc. Digamos, porém, que n'estes casos um erro de diagnostico em nada prejudicaria, porquanto a laparotomia convém a qualquer dos dois casos, quando outros meios tenham falhado.

Outras difficuldades sobrepujam ainda na precisão do diagnostico á estabelecer-se. Assim precisaremos saber si o tumor kystico, é ovarico, ou paraovarico ; si existem adherencias ou não, e quaes são ellas, isto é, com que orgãos. Quanto ao primeiro ponto não é de grande importancia a questão, mas, a das adherencias com as partes visinhas, predominam muito no espirito do operador e infelizmente, precisamos confessar, nós não podemos obter a este respeito senão noções bem pouco completas, principalmente quanto ás adherencias com as partes profundas.

Innumeras outras condições poderiamos adduzir aqui, fazendo resahir as difficuldades diagnosticas, que entram em jogo para uma determinação operatoria. Limitamo-nos, porém, ás que fizemos, certos de que são ellas sufficientes para tal demonstração.

Conclusões

Eis-nos chegados á ultima parte em que dividimos o nosso trabalho.

Depois de termos passado em revista os varios casos das indicações e contra-indicações; depois de termos procurado mostrar quão innumeros são os pontos de falha no que diz respeito ás bases seguras para o estabelecimento de um diagnostico em geral, afim de que possamos emprehender uma intervenção, facto este que, como já o dissemos, dividio os operadores em intervencionistas e abstencionistas, precisamos ainda estabelecer certas premissas, que tambem entram em jogo, representando papel saliente na gravidade da operação de que tratamos, para depois, com todos esses dados, formularmos nossas conclusões referentes ao titulo de nosso modesto trabalho.

Desde já, porém, fazemos bem salientar, que não nos afastando desse ponto de vista, expenderemos nossas idéas, ennunciando-as em um sentido todo relativo, sem pretendermos nem desejarmos que vejam n'ellas um absolutismo, pois que esse edificio em sciencias biologicas constitue hoje um mytho, tendo já ruido por terra, desde que o methodo iniciado e desenvolvido n'estes ultimos tempos, graças ao genio do immortal Claude Bernard: — o methodo experimental — appareceu na arena das investigações scientificas. Já em 1870, por occasião da abertura de seu curso de Physiologia, dizia elle: «Os principios da experimentação applicada aos seres vivos não poderão ser desvendados senão por meio de estudos demorados e de um trabalho constante e pertinaz. Para at-

tingir-se ás difficuldades da critica experimental e chegar-se a conhecer todas as condições de um phenomeno physiologico, é preciso ter-se tacteado por muito tempo, ter-se errado milhares e milhares de vezes, ter-se, em uma palavra, envelhecido na pratica da experimentação».

Ora, sendo assim, e os phenomenos pathologicos não sendo outra cousa mais do que phenomenos physiologicos desviados do seu typo normal, poderemos avaliar quão difficil não é a interpretação exacta e precisa dos phenomenos pathologicos observados em um caso qualquer.

Baseados n'essas considerações e firmados no que expendemos na primeira parte de nosso trabalho, isto é, que o operador para ser um laparotomista deve ser dotado de todas aquellas qualidades de que já fallamos, resta-nos procurar verificar qual a outra condição ou premissa, cujo papel é de summa importancia no referente á gravidade do acto operatorio, porém que, sendo independente da pessôa do operador, não póde ser por este remediada, e muito menos abolida. Queremos fallar do terreno operatorio : — o organismo.

Ahi, n'esse territorio todo reaccionario, deixando de parte as idiosyncrasias e *modus reagendi* de certos orgãos, como o figado, estomago, intestinos, etc., para só considerarmos uma serosa : — *o peritoneo*—, e um centro nervoso : — *o plexo solar ;* o primeiro, esse cabo tormentoso da antiga cirurgia, um outro *noli me tangere*, e o segundo um centro de innervação vegetativa, um verdadeiro *cerebro abdominal*, como chamavam-no os antigos, encontraremos sufficientemente representadas, condições bastantes para a interpretação e solução á gravidade d'esse acto operatorio.

O peritoneo, como serosa que é, por ser dotada da facilidade com que se póde inflammar, sendo susceptivel de tal phenomeno em uns logares mais do que em outros, dá-nos conta da maior gravidade operatoria, quando a intervenção tiver por séde, taes regiões. E' o que acontece, por exemplo, nas operações sobre o tubo gastro intestinal, onde o revestimento externo feito pela folha peritoneal, acha-se como que applicado mesmo sobre a superficie externa d'esse canal, não existindo porção apreciavel de tecido intermediario, como acontece em

outras regiões. Esse facto da existencia de uma camada maior de tecido frouxo entre a serosa e as partes subjacentes, como se nota nas regiões posteriores do rachis, junto aos rins, e na bacia, explicam-nos a tolerancia relativa das fluxões inflammatorias muito mais pronunciada n'essas regiões do que nas junto ao figado ou intestino.

Dotado de grande facilidade de absorpção, uma vez posta em contacto com a sua superficie, qualquer substancia septica, esta é facilmente vehiculada, manifestando-se logo os phenomenos que a caracterisam, explicando-se assim a facilidade com que em geral irrompe uma peritonite.

Assim pois, comquanto possamos contar com recursos poderosos de asepsia e antisepsia, o peritoneo, por isso, não deixará de apresentar até certo ponto o seu cunho caracteristico de orgão extremamente melindroso, e força-nos a bem da verdade, reconhecendo essas propriedades, á sermos tanto quanto possivel, meticulosos em todas as pequenas particularidades que são referentes ao acto operatorio.

O plexo solar, fazendo parte do systema nervoso do sympathico, emitte tambem fibras motoras e sensitivas, porem, quer a motilidade, quer a sensibilidade, á elle affectas, manifestam-se demoradamente, e no estado normal não são percebidas essas funcções.

Porem, nos estados pathologicos essas funcções tornam-se sensiveis, mesmo pronunciadissimas, sendo bem perceptiveis, mas, de um modo obtuso, intraduzivel.

As suas excitações quando muito intensas, produzem phenomenos reflexos de certa gravidade, podendo produzir desde o estado syncopal até a morte. E' o que nos mostra a experiencia de Goltz sobre os intestinos da rã, experiencia à qual jà nos referimos.

Essas excitações nervosas, effectuadas durante o acto operatorio, cuja demora ainda mais aggrava o resultado, representam papel importante na producção d'esses estados.

Ainda outras circumstancias vem concorrer para tornar mais difficil as apreciações dos resultados operatorios, e vem a ser: as *difficuldades* e as *consequencias operatorias*.

Para não estendermo-nos mais, bastará referirmo-nos ao espessamento do peritoneo, que será tomado como a parede de um kysto, e que o operador, por esse motivo procurará descollal-a. As adherencias intimas com o intestino ou com as paredes da bacia, nos quaes casos o operador ver-se-ha sujeito á possibilidade de produzir rupturas d'esse tubo no primeiro caso, ou ser obrigado a deixar uma larga superficie ou parte do tumor, para não assistir a dilaceração de um orgão qualquer, ou a ruptura de um vaso calibroso. A consistencia maior ou menor do conteudo kystico, impedindo a sua extracção pelo trocater; a fragilidade das paredes do mesmo: o desenvolvimento attingido pelo tumor, etc., são condições que difficultam bastante a intervenção. Muitas outras circumstancias influem n'esse sentido e para bem comprehender as difficuldades, cremos que será sufficiente referir as palavras de Olshausen:—muitas vezes a propria autopsia é insufficiente para nos dar conta das disposições anatomicas da affecção.

Quanto ás consequencias operatorias, não raro observamos após qualquer laparotomia, uma certa paresia intestinal, paresia que, até certo ponto é providencial, porquanto permitte, pela immobilisação em que se acha a massa intestinal, que as soluções de continuidade da serosa postas em contacto, possam se soldar mais facilmente. Outras vezes porém, essa paresia adquire as proporções de uma verdadeira paralysia, produzindo uma obstrucção no percurso das fezes, vindo á augmentar por essa fórma as más condições do paciente.

Nos casos de morte do operado, as causas mais frequentes que a determinam, são : a hemorrhagia, shock e a peritonite, além de outras mais, como por ex., uma embolia, a qual não pode ser prevenida pelo operador, porém de que o mesmo nunca deverá esquecer-se e sobre a qual não pretendemos estender-nos, bastando apenas lembrar.

A *hemorrhagia* pode ser produzida ou no acto operatorio mesmo, ou depois de fechado o abdomen, já terminada a operação ; nestes casos, rarissimas são as vezes em que o operador pode ou tem occasião de preencher á indicação formal de taes casos, isto é, a reabertnra da cavidade e ir á procura do fóco ou fócos hemorrhagiparos e fazel-os cessar.

Quanto ao *shock*, ao qual já nos referimos anteriormente, depende elle das influencias exercidas sobre o systema nervoso quer vegetativo, quer da vida de relação. A demora no acto operatorio, as compressões exercidas e excitações effectuadas sobre os filetes nervosos, a acção prolongada do anesthesico, abolindo a sensibilidade e a motilidade etc, trazendo junctamente com o maior ou menor grau de anemia devida ás perdas sanguineas, a depressão das funcções do organismo, são outras tantas causas que estabelecem as condições do mesmo shock. A excitabilidade dos filetes nervosos, torna-se ainda mais exaltada, quando existe um estado inflammatorio, encontrando o *shock* condições de maior facilidade de producção. Outras circumstancias influem para o mesmo fim ou resultado, e vem a ser : o maior ou menor grau de cultivo intellectual, o estado adulto, a natureza e grau da affecção, como sejam nos traumatismos, os abdominaes e com interessamento visceral etc.

Em relação á *peritonite*, constitue esta uma séria complicação, a qual apresenta-se, na maioria dos casos dotada de uma extrema intensidade. Verdade é que, por meio da asepsia e antisepsia, ella tornou-se menos commum, porem, desde que se declara ou se estabelece, os recursos que possuimos são por emquanto pouco satisfactorios e bastante problematicos.

Para confirmar a difficuldade apreciativa dos resultados, bastará lembrarmos os traumatismos graves do abdomen, nos quaes a mortalidade da operação depende de muitas circumstancias, algumas das quaes acompanham a operação. Por exemplo : ninguem porá em duvida que haverá maior gravidade, quando haja uma peritonite ja começada, tornando assim mais difficil o exame e verificação do estado em que se acham as partes lesadas, tornando mais laboriosas e muitas vezes incompletas as multiplas manobras, necessitadas pelo numero de lesões, estado dos orgãos, etc.

Assim pois, pelas multiplas condições que podem apresentar-se em uma laparotomia, esta constitue uma operação de um subido valor, merecendo a maxima attenção em sua pratica, quando tivermos de recorrer a ella, com um fim therapeutico.

Si existe alguma inocuidade operatoria em taes tratamentos cirurgicos, por certo que só o será nos casos em que se trate de uma laparotomia exploradora, na qual o acto operatorio, pelas suas proprias condições, seja de uma facil execução. Porem, nos casos em que ella apresente qualquer eventualidade embaraçosa, uma condição qualquer que perturbe a linha directriz de nossa previsão operatoria, então teremos como consequencia inevitavel e fatal *a demora* maior do que a que julgavamos necessaria.

No primeiro caso, concebe-se facilmente que a operação possa ser uma intervenção inocua pela presteza, e portanto, menores probabilidades de shock ou de uma infecção septica.

No 2º caso, (o qual convem que o digamos, raro é aquelle que não offereça graduação de difficuldades, muitas vezes mesmo insuperaveis, constituindo pois, a grande maioria dos casos) nós teremos que redobrar de cautelas, porquanto a demora maior importa necessariamente a possibilidade maior de serem infringidas uma ou mais condições de uma boa laparotomia, isto é : *tempo, sangue e microbios*.

Esta condição—*tempo*—, entrando em linha de conta, constitue uma base para a presença possivel de germens infecciosos, porquanto é obvio que quanto maior for o tempo levado em executar tantos detalhes, as possibilidades de uma infracção das regras antisepticas ou asepticas, serão tanto mais possiveis de maior probabilidade.

Cabe aqui, referir neste particular : —*o apparecimento de uma infecção*—a interpretação erronea da causa da lethalidade, que motivará por certo uma apreciação falsa nas confecções estatisticas da operação em si. Em outras palavras : queremos referir-nos aos casos em que, dada uma infecção qualquer apóz uma laparotomia, esta infecção, causa mais proxima da morta, vae, nas estatisticas, innocentar completamente a operação, a qual ninguem o negará, deu ensejo á producção d'essa contaminação que se tornou funesta.

Ainda esta condição —*tempo*—figura em grande quota, para a producção do *shock*, motivado pelas manipulações e pelo prolongamento da anesthesia chloroformica, cuja acção

deprimente do systema nervoso concorre tambem para obscurecer a justa apreciação da lethalidade operatoria.

Adler, em sua these sobre os traumatismos abdominaes, diz que o peritoneo, hoje não passa de um idolo ruido por terra e que a sacro-santa serosa não existe mais como tal sob esse ponto de vista. Nós, porém, ousamos discordar até certo ponto com o eminente autor, discordando tambem a nossa opinião com a de Terrier, no ponto em que este affirma que com os conhecimentos de asepsia e antisepsia que possuimos, a laparotomia tornou-se uma operação completamente inocua.

Discordamos d'esse modo de pensar tão absolutista, porquanto não julgamos que só a asepsia e a antisepsia sejam sufficientes para abolir completamente as propriedades inherentes á constituição e funcção de um orgão ou viscera qualquer. Discordamos, porque reconhecemos que nossos conhecimentos sobre a anatomia e physiologia normaes e pathologicas dos plexos abdominaes sympathicos, ainda são muito parcos e deficientes, não bastando elles pois para podermos, baseados nos mesmos, affirmar com precisão com os dados estatisticos, que este ou aquelle phenomeno é devido á esta ou aquella causa productora, certa e determinada.

Ainda n'este particular, acompanhando o eminente professor Tillaux, discordamos d'essa facilidade em innocentar uma operação como a laparotomia, concorrendo assim, em vista de resultados mal apreciados, emittindo a proposição da mais completa inocuidade, para que progridam em sua marcha invasora os abusos cirurgicos. A este respeito, permitta-se-nos referir aqui a exposição que nos foi feita, em Julho d'este anno, por um illustrado e criterioso clinico, chegado então da Europa onde fora para visitar e conhecer de mais perto as principaes clinicas do velho mundo, entre as quaes a de Paris e de Vienna:

Versando então o assumpto sobre a hysterectomia abdominal, e a vaginal, referio-nos o illustre medico, digno de todo o conceito e insuspeição, que presentemente é tal a mania operatoria para as affecções uterinas que até mesmo pessoas alheias ao que seja a Medicina e Cirurgia, e que outr'ora tanto receavam esta ultima, levam suas proprias filhas ao consul-

torio de um medico para serem examinadas, afim de, si soffrerem ou tiverem de soffrer de qualquer molestia uterina, tratarem-se logo por uma operação radical, para que não venham á padecer futuramente !

Quer-nos parecer que semelhantes factos attingem limites muito alem das raias traçadas, á todo aquelle que conhece o que se deve entender por Medicina, essa arte toda moral, humanitaria e de abnegação.

A Cirurgia, como parte da Medicina que é, tendo intentos perfeitamente iguaes aos do todo, executando um acto operatorio, revestido merecidamente do mais alto valor moral, cercado de uma importancia muito outra do que a que gozava, não ha muito tempo, não deve assim facilmente deixar-se avassalar pelos rapidos clarões de casos felizes, mas, passiveis de uma tal ou qual critica judiciosa.

Na interpretação criteriosa da lethalidade de um acto operatorio qualquer, mormente no da laparotomia, deve haver da parte de quem confeccionar as estatisticas, a maior somma de cuidados referentes ás diversas condições ou factores que possam entrar em jogo, predispondo ou determinando este ou aquelle resultado

Quando as relações de causa á effeito forem melhor conhecidas e que portanto possam os anatomistas interpretar perfeitamente e com justeza os symptomas observados, referindo-os precisamente á esta ou aquella causa ; quando a cirurgia tiver ampliado mais os seus horizontes de conhecimentos technicos e operatorios, isto é, quando melhoramentos technicos e simples, como seja o botão de Murphy em relação á entero-anastomose, forem descobertos e postos em pratica na cirurgia dos differentes orgãos, ahi então com os recursos da asepsia e da antisepsia de que disporemos, coadjuvados pelos dotes profissionaes, será a laparotomia uma operação benigna, relativamente, mas, nunca totalmente inocua.

Por emquanto, no estado actual de nossos conhecimentos, anatomo-physio-pathologicos, á respeito da grande cavidade splanchnica abdominal, a grande cirurgia, eivada de tantos tropeços em seu caminho, tem de lutar com esses variados accidentes, parecendo marchar com tibieza, quando seme-

lhante modo de proceder nada mais é do que a calma, attenção e vista seguras, de que o operador se premune, conhecendo de ante-mão, que innumeros são os inimigos com os quaes tem de se medir.

De conformidade pois, com o que dissemos nos varios capitulos d'este trabalho, inferimos que a gravidade das laparotomias, resulta não tanto da susceptibilidade do peritoneo somente, como de varias circumstancias que concorrem para esse facto, em uma laparotomia.

Essas circumstancias são: a precisão no diagnostico, a presteza do acto operatorio, a observancia stricta e meticulosa do maximo rigor da antisepsia e da asepsia ; as qualidades de um bom operador, a relação de maior ou menor proximidade ou intimidade da parte á operar com certos centros nervosos.

Qualquer d'estas circumstancias não sendo preenchida, ou vindo á falhar, poderá constituir por si só o ponto de partida do máo resultado das laparotomias. A mais corrente de todas essas circumstancias, aquella que mais commummente pode ser preenchida e que no emtanto é a mais facilmente esquecida, em certos momentos, vem a ser as faltas commettidas contra a antisepsia e a asepsia.

Ora, mostrámos quantas difficuldades se nos antolham muitas vezes, quando queremos estabelecer um diagnostico; quanto á presteza da operação, com as considerações que fizemos de um modo geral, quando tratamos de difficuldades operatorias, fizemos salientar varios embaraços que, quando menos seja, determinam uma demora maior do acto operatorio; dissemos tambem, quanto as qualidades exigidas para um bom operador que ellas dependiam de condições affectas aos dotes naturaes do proprio operador e tambem aos dotes adquiridos, colhidos em meios especiaes, necesssitando um certo lapso de tempo, para que pudesse dahi auferir dados seguros, e, finalmente, passamos em revista a influencia da relação da maior ou menor proximidade ou intimidade, existente entre o orgão ou parte a operar e certos centros nervosos bem como fizemos sentir a possibilidade da producção de outros phenomenos causadores da morte (shock, hemorrhagia, embolia) e

que, não podiam ser obviados, mas, devendo nunca ser perdidos de vista como passiveis de apparecerem apóz uma laparotomia qualquer.

Sendo assim, só com uma pratica constante, uma observação aturada e acurada, baseada em um numero consideravel, de casos clinicos diagnosticados, operados, colleccionados e computados perfeitamente bem, é que poderá o operador estabelecer de ante-mão um prognostico melhor, fundado em dados symptomatologicos certos e precisos, effectuando a sua intervenção operatoria, fundada em uma boa indicação diagnostica. E' o que Ambroise Parè queria dizer synthetisando nas seguintes palavras : *Science sans experience n'apporte pas grande assurance.*

Synthetisando diremos :

1.° A laparotomia é, em geral, uma operação, cuja gravidade é inconteste.

2.° Na pratica das laparotomias, variadissimas são as condições de sua execução e do seu feliz resultado final.

3.° A laparotomia exploradora é, relativamente á curativa, muito menos grave.

4.° A lethalidade das laparotomias parece ser pequena em vista da preferencia da séde em que se a tem feito ; isto é, uma laparotomia será tanto mais grave, quanto mais proxima de certos centros nervosos estiver collocado a séde da lesão, e como o maior numero d'ellas, tem sido e são as feitas longe d'esses centros, é esse o motivo de sua pretendida inocuidade.

D'esta ultima proposição decorre logo a razão pela qual as laparotomias curativas que attingem os orgãos, como estomago, baço, pancreas, duodeno e intestino delgado, são muito mais expostas ao desenvolvimento de *shock* operatorios, do que as que assestam-se sobre orgãos mais distantes, do centro nervoso — o plexo solar — isto é, sobre orgãos menos susceptiveis do que aquelles, constituindo as laparotomias curativas dos orgãos, utero e seus annexos.

PROPOSIÇÕES

PROPOSIÇÕES

Tres sobre cada uma cadeira

CADEIRA DE PHYSICA MEDICA

Thermometria

A acção do calor sobre os corpos se manifesta em parte pela dilatação dos mesmos, podendo aquelle ser medido.

O conjuncto de processos empregados para medir as temperaturas constitue a thermometria.

Na practica da medicina tornou-se hoje vulgar a necessidade do emprego dos thermometros, chamados clinicos.

CADEIRA DE CHIMICA INORGANICA

Oxigenio

O oxygenio (0) é um elemento diatomico.

Elle forma combinações muito estaveis com o hydrogenio e o carbono, nos compostos :—agua (H^2O) e gaz carbonico (CO^2).

Em quaesquer combustões estes dois compostos, agua e gaz carbonico, são os productos que apparecem em primeiro plano como os principaes ultimos e mais communs resultados das combustões.

CADEIRA DE BOTANICA E ZOOLOGIA MEDICAS

Plantas medicinaes

O reino vegetal constitue um dos mais fortes esteios da therapeutica pelas propriedades inherentes aos seus variadissimos *especimens*.

A *papoula*, as *quinas*, a *dedaleira*, a *ipeca*, e muitas outras especies vegetaes, são de um incomparavel valor em medicina.

Em muitos casos a acção d'essas *especies medicinaes* não tem um substituto completo.

CADEIRA DE ANATOMIA DESCRIPTIVA

Grande sympathico

Os filetes nervosos dos orgãos da cavidade abdominal primam por serem fornecidos em grande parte pelo grande sympathico.

O grande sympathico forma muitos plexos no interior do abdomen, entre os quaes o maior e o mais importante é o plexo solar.

O plexo solar emitte filetes nervosos numerosissimos que o relacionam com todos os orgãos intra-abdominaes.

CADEIRA DE HISTOLOGIA

Tecido seroso

As membranas serosas se decompoem em geral em duas camadas : uma superficial—o *endothelium* ; outra profunda,—*o derma ou chorion seroso*,

O peritoneo, como *membrana serosa* que é, reveste a todos os orgãos e paredes da cavidade abdominal, adherindo em alguns pontos muito mais do que em outros.

Elle adhere muito ao nivel do figado ao passo que ao nivel das paredes posteriores da bacia as suas adherencias são frouxas e formadas por *tecido conjunctivo* muito frouxo e muito abundante.

CADEIRA DE CHIMICA ORGANICA E BIOLOGICA

Morphina

A morphina (C^{17} H^{19} AzO^{3}, $H^{2}O$) é o principal alcaloide do opio.

Os saes mais empregados são o chlorhydrato e o sulfato.

Ella não é eliminada em natureza pelas ourinas e sim sob a forma de *oxydimorphina* (C^{34} H^{36} Az^{2} O^{6}), conforme o verificou Landsberg.

CADEIRA DE PHYSIOLOGIA THEORICA E EXPERIMENTAL

Grande sympathico

Os nervos sympathicos possuem fibras motoras e sensitivas, porém a sua maneira de funccionar manifesta-se pela *demora da acção*.

No systema nervoso sympathico tambem se póde verificar phenomenos *reflexos* e de *interferencia*.

A excitação dos filetes ou centros splanchnicos, produzem reflexos taes, que podem causar a morte, tendo em vista a intensidade e a duração d'essa excitação.

CADEIRA DE MATERIA MEDICA, PHARMACOLOGIA E ARTE DE FORMULAR

Extractos

Os *extractos* são preparados pharmaceuticos muito apreciados, por serem muito activos.

Elles são principalmente administrados sob a forma pilular.

As suas principaes vantagens no emprego em medicina consistem em, *facilitar* a sua administração quando possuam um gosto desagradavel e ser só empregada a parte util da planta.

CADEIRA DE PATHOLOGIA CIRURGICA

Fracturas da caixa craneana

Nos choques sobre a parte superior do craneo, a *caixa ossea* que o constitue, *resiste á maneira de uma aboboda.*

As *fracturas da base do craneo*, consecutivas a taes choques, não são mais do que *fracturas por propagação* das da aboboda.

As fracturas da base por choque sobre o mento, de boa mente devem ser chamadas *fracturas indirectas.*

CADEIRA DE CHIMICA ANALYTICA E TOXICOLOGIA

Processos analyticos

Em clinica, como em Toxicologia a *analyse urologica* apresenta em certos casos um valor inconcusso.

Os venenos metallicos podem ser revelados pelo emprego do *fogo nú*, ou pela acção de *agentes chimicos energicos* sós ou auxiliados pelo calor.

Os alcaloides em geral são pesquizados pelas reacções chimicas, sendo o processo mais antigo e mais importante—*o de Staos.*

CADEIRA DE PATHOLOGIA GERAL E HISTORIA DA MEDICINA

Herança

A lei da hereditariedade é verificada em muitos estados morbidos, constituindo um factor etiologico de summa importancia no referente ás predisposições do organismo.

As mais importantes das predisposições geraes são as diatheses.

As diatheses imprimem no organismo, modificações do typo physiologico, diminuindo-lhe a resistencia para certas influencias morbigenicas, predispondo-o á certas affecções, e emprestando ás suas reacções uma physionomia especial.

CADEIRA DE ANATOMIA E PHYSIOLOGIA PATHOLOGICAS

Reacção

A febre, que é uma fórma de reacção geral, acompanha muitas vezes um traumatismo operatorio.

Innumeras vezes ella é devida á penetração de microbios no fóco traumatico, e os curativos antisepticos quando bem confeccionados constituem a prova.

O schok traumatico tambem conhecido como uma reacção algida, deve ser referido á uma acção de parada, produzida pelas excitações periphericas e exercendo-se sobre os centros de innervação cardiaca, respiratoria, vascular e calorifica.

CADEIRA DE PATHOLOGIA MEDICA

Occlusão intestinal

A occlusão intestinal apresenta seis variedades : por estreitamento, estrangulamento, volvulus, invaginação, obstrucção e pseudo-estrangulamento.

O diagnostico da *causa* e da *séde* é muitas vezes impossivel, e o prognostico é sempre reservadissimo pela gravidade extrema da affecção.

O tratamento será cirurgico, sem perda de tempo, uma vez que o tratamento medico tenha falhado, e o doente ainda offereça condições de resistencia.

CADEIRA DE ANATOMIA MEDICO-CIRURGICA E COMPARADA

Cavidade splanchnica abdominal

A cavidade abdominal é a maior das *grandes cavidades splachnicas*, e differe das outras pela disposição asymetrica dos orgãos ahi contidos.

O peritoneo reveste-a, bem como ás visceras n'ella contidas, e na especie humana, sómente na mulher existe communicação mediata d'essa serosa com o exterior.

O peritoneo não offerece disposições identicas em todos os pontos : delgado e adherente ao nivel da linha branca, apresenta-se elle espesso e mobilisavel nas regiões lombar e das fossas illiacas.

CADEIRA DE OPERAÇÕES E APPARELHOS

Cirurgia abdominal

A laparotomia é uma operação grave.

A sua gravidade é dependente de varias circumstancias, como sejam : séde da lesão, tempo, natureza da affecção, estado do doente, etc.

As principaes causas a evitar são : tempo, sangue e microbios.

CADEIRA DE THERAPEUTICA

Methodos therapeuticos

A acção medicamentosa de uma substancia qualquer, effectua-se mais promptamente, si a substancia for facilmente soluvel.

Sendo soluvel, e preenchendo certas condições administrada pela via hipodermica, ainda mais promptamente obtem-se o seu effeito.

O methodo hypodermico tem tido grandes desenvolvimentos, e a *serumtherapia*, que futuramente será a *unica ratio therapeutica* de muitas molestias microbianas, d'elle muito se utilisa.

CADEIRA DE HYGIENE E MESOLOGIA

Mephitismo

Em etiologia o solo representa, como um dos modificadores cosmicos, um papel preponderante.

A porosidade do solo augmenta em uma relação directa o gráo do mephitismo tellurico.

A theoria de Pettenkoffer relativa ás oscillações de nivel do lençol d'agua subterraneo é insubsistente.

CADEIRA DE MEDICINA LEGAL

Identidade de pessoa

Identidade de pessoa é o reconhecimento da individualidade humana por certos signaes.

Esse exame pode ter lugar no homem vivo, no cadaver e no esqueleto.

No homem vivo os signaes podem ser physiologicos, pathologicos, teratologicos, accidentaes e physionomo-anthropometricos.

CADEIRA DE OBSTECTRICIA

Eclampsia

A eclampsia é uma molestia febril, acompanhada de accessos ou periodos de convulsões tonicas e clonicas.

A sua pathogenia ainda não está bem esclarecida.

Duas são as theorias mais em voga : a microbiana, apresentada por Doleris, e a da anto-intoxicação de Bouchard.

CADEIRA DE CLINICA PROPEDEUTICA

Anthropometria

A *anthropometria* constitue um *meio* optimo para o diagnostico em certos casos.

As mensurações em clinica obstetrica são externas ou internas no que se refere á *pelvimetria*.

A pelvimetria tem um alto valor na *diagnose, prognose* e *therapeutica obstetricas.*

2ª CADEIRA DE CLINICA MEDICA

Dysenteria

A dysenteria é uma molestia propria dos paizes quentes, apresentando todos os caracteres de uma affecção microbiana.

O seu germen etiologico ainda não está perfeitamente evidenciado.

O seu diagnostico é relativamente facil e o prognostico varia com o caracter da molestia, si epidemico, si endemico, ou si esporadico; a gravidade é maior no 1º do que no 2º, e n'este maior do que no 3º.

1ª CADEIRA DE CLINICA MEDICA

A dysenteria apresenta-se ás vezes acompanhada de complicações, como sejam: abcesso do figado, paralysias, cicatrizes do tubo intestinal, hemorrhagias e perfurações.

O abcesso do figado é a complicação a mais typica da dysenteria.

No tratamento do abcesso tropical do figado o processo de Stromeyer Little é o mais applicado, comprehendendo esse processo: a puncção, a incisão e a lavagem do fóco.

2ª CADEIRA DE CLINICA CIRURGICA

Cirurgia abdominal

Estabelecido o diagnostico de um estrangulamento interno, a laparotomia ou a enterostomia impõe-se.

Em um caso de ulcera do estomago, o apparecimento brusco do syndroma clinico de uma peritonite aguda, torna urgente a laparotomia.

Nos traumatismos do abdomen por couce de cavallo, frequentemente dá-se a ruptura total de uma alça intestinal e como a cura espontanea em taes casos é impossivel, a laparotomia é o unico recurso.

1ª CADEIRA DE CLINICA CIRURGICA

A formação de um anus accidental não está sugeita a regras fixas, quanto á sua séde.

A cura expontanea de um anus artificial ou accidental, não sendo impossivel, está no emtanto directamente relacionada com o grào de inclinação que apresentarem entre si as duas extremidades intestinaes.

O instrumento apropriado para tal objectivo é o enterotomo.

CADEIRA DE CLINICA PEDIATRICA

Febres eruptivas

O sarampo e a escarlatina são febres eruptivas que accommettem mais frequentemente ás crianças.

Ellas podem evoluir, conjunctamente em um mesmo individuo.

A natureza da descamação em uma é muito differente da da outra.

CADEIRA DE CLINICA PSYCHIATRICA E DE MOLESTIAS NERVOSAS

Tabes dorsalis

O tabes dorsalis é uma molestia do systhema nervoso em que ha a progressiva abolição da coordenação motora e paralysia apparente contrastando com a integridade da força muscular.

A constatação da existencia das *dores fulgurantes*, do signal de Romberg e das crises gastricas, é sufficiente para se formular o seu diagnostico.

Na maioria dos casos são as *dores* que abrem a scena.

CADEIRA DE CLINICA OPHTHALMOLOGICA

Ophthalmias

As ophthalmias sympathicas não são raras nos traumatismos graves que comprometteram o globo occular opposto.

Ellas podem ser observadas tambem nos casos de qualquer outra affecção que tenha atacado por muito tempo os corpos ciliares.

A enucleação do globo occular primeiramente affectado, é o unico tratamento para a conservação do outro, nos casos em que ella ainda não tenha feito grandes estragos.

CADEIRA DE CLINICA DERMATOLOGICA E SYPHILIGRAPHICA

Syphilis

A syphilis, occasionada pelo contagio do *cancro hunteriano* é uma das affecções cujas consequencias são gravissimas, quando descuradas.

A infecção syphilitica apresenta manifestações variadas, consignadas pelos nomes de primarias, secundarias e terciárias.

A hemiplegia syphilitica é um dos accidentes mais frequentes não só da arterite syphilitica obliterante, como tambem da syphilis cerebral em geral.

CADEIRA DE CLINICA OBSTETRICA E GYNECOLOGICA

Eclampsia

O exame das ourinas de uma gestante, é de uma importancia enorme na therapeutica obstetrica.

Continuando a augmentar a albuminuria, apezar do tratamento preventivo contra a eclampsia, a provocação do trabalho de parto póde ser indicada.

Declarada a eclampsia, o seu tratamento curativo será constituido pelos seguintes meios principaes : contensão, anesthesia, sangria e depleção uterina.

HIPPOCRATIS APHORISMI

I

Vita brevis, ars longa, occasio prœceps, experiencia fallax, judicium difficile.

(Sect. I, aph. I)

II

Quæ medicamenta non sanat, ea ferrum sanat ; quæ ferrum non sanat, ea ignis sanat ; quæ verò ignis non sanat, ea insanabilia reputure opportet.

(Sect. V, aph. VXXXII)

III

Ad extremos morbos, extrema medicamenta exquèsite optima.

(Sect. I, aph. IV)

IV

In acutis morbis, extremarum refrigerata, malum.

(Sect. VII, aph. I)

V

Natura corporis est in medicina principium studii.

(Sect. II, aph. I)

VI

Ubi delirium somnus sedaverit, bouum.

(Sect. II, aph. VI)

Visto.—Secretaria da Faculdade de Medicina e de Pharmacia do Rio de Janeiro, em 28 de Outubro de 1895.

DR. E. DE MENEZES.